


RV: Memorial | Dte. PAOLA ANDREA POLINDARA HIDALGO Y OTROS | Ddo. ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. Y OTRO | Rad. 2023-00422-00 | GQG

Juzgado 01 Civil Municipal - Cauca - Popayan <j01cmpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Mar 08/08/2023 15:33

Para: Fredy Hernan Ordoñez Gutierrez <fordoneg@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 2 archivos adjuntos (8 MB)

Contestación DDA - Paola Andrea Polindara.pdf; Anexos PAPH.pdf;

CONFIRMAR RECIBIDO.

ADJUNTO AL PRESENTE ME PERMITO REMITIR NOTIFICACION PROVIDENCIA DE LA FECHA.

FREDY HERNAN ORDOÑEZ
Citador

Por favor, acuse recibo de la presente comunicación a la mayor brevedad posible. En todo caso, y a falta de dicha confirmación, se advierte que se presume la recepción del presente mensaje, de conformidad a lo dispuesto en los artículos 20, 21 y 22 de la Ley 527 de 1999, artículo 205 de la Ley 1437 de 2001, y los artículos 103 y 109 del C.G.P.

PRUEBA ELECTRÓNICA: Al recibir el acuse de recibo con destino a ésta oficina, se entenderá como aceptado y se recepcionará como documento prueba de la entrega del usuario. (Ley 527 del 18/08/1999).

De: Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Enviado: martes, 8 de agosto de 2023 3:31 p. m.

Para: Juzgado 01 Civil Municipal - Cauca - Popayan <j01cmpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Cc: Gerardo Quiceno Gómez <gquiceno@gha.com.co>; Darlyn Marcela Muñoz Nieves <dmunoz@gha.com.co>; Ana María Barón Mendoza <abaron@gha.com.co>; srojas@gha.com.co <srojas@gha.com.co>; MW Asociados <mwasociados@yahoo.es>; poitopol@hotmail.com <poitopol@hotmail.com>; nilsonfabianpolindara@gmail.com <nilsonfabianpolindara@gmail.com>; 24juan.polindara@gmail.com <24juan.polindara@gmail.com>; danielpolindara02@gmail.com <danielpolindara02@gmail.com>; notificacionesjudiciales <notificacionesjudiciales@girosyfinanzas.com>

Asunto: Memorial | Dte. PAOLA ANDREA POLINDARA HIDALGO Y OTROS | Ddo. ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. Y OTRO | Rad. 2023-00422-00 | GQG

Señores

JUZGADO PRIMERO (1º) CIVIL MUNICIPAL DE POPAYÁNj01cmpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

PROCESO: RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL.
DEMANDANTES: PAOLA ANDREA POLINDARA HIDALGO Y OTROS.
DEMANDADOS: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. Y OTRO.
RADICADO: 19001-40-03-001-2023-00422-00.

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, con dirección electrónica notificaciones@gha.com.co, actuando en mi calidad de apoderado especial de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, institución auxiliar del cooperativismo, legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., identificada con NIT 860.524.654-6, representada legalmente por la doctora María Yasmith Hernández Montoya con dirección de notificaciones notificaciones@solidaria.com.co. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** promovida por PAOLA ANDREA POLINDARA HIDALGO Y OTROS en contra de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. Y OTRO, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio, se tengan en cuenta los hechos y precisiones que se hacen a continuación, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su Despacho.

Manifiesto que no es posible copiar esta comunicación a las demás partes, comoquiera que se desconoce la dirección electrónica dispuesta por ellas para tal fin.

Por favor acusar recibido.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA.

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D.C.

T.P. No. 39.116 del C. S. de la J.

Señores

JUZGADO PRIMERO (1°) CIVIL MUNICIPAL DE POPAYÁN

j01cmpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

PROCESO: RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL.
DEMANDANTES: PAOLA ANDREA POLINDARA HIDALGO Y OTROS.
DEMANDADOS: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. Y OTRO.
RADICADO: 19001-40-03-001-2023-00422-00.

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, con dirección electrónica notificaciones@gha.com.co, actuando en mi calidad de apoderado especial de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, institución auxiliar del cooperativismo, legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., identificada con NIT 860.524.654-6, representada legalmente por la doctora María Yasmith Hernández Montoya con dirección de notificaciones notificaciones@solidaria.com.co¹. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** promovida por PAOLA ANDREA POLINDARA HIDALGO Y OTROS en contra de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. Y OTRO, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio, se tengan en cuenta los hechos y precisiones que se hacen a continuación, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las

¹ Código General del Proceso, artículo 96 numeral 1.

pretensiones sometidas a consideración de su Despacho, en los siguientes términos:


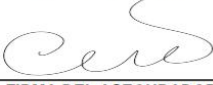
I. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA²

Procedo a pronunciarme frente a cada uno de los hechos de la demanda en la misma forma y en el mismo orden cronológico en que fueron planteados, así:

Frente al hecho “1.”: ES CIERTO PARCIALMENTE y se aclara. Mi representada expidió el contrato de seguro documentado en la póliza No. 4.660.882.856, cuyo tomador fue GIROS & FINANZAS COMPAÑÍA DE FINANCIAMIENTO S.A., como asegurado HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) y como beneficiarios NILSON FABIÁN POLINDARA HIDALGO, PAOLA ANDREA POLINDARA HIDALGO, JUAN DAVID LÓPEZ POLINDARA y DANIEL FABIÁN POLINDARA VERGARA, la cual contemplaba el amparo básico de muerte por cualquier causa, cuyo valor asegurado era de \$ 50.000.000, vigente entre el 19 de octubre de 2021 y el 19 de octubre de 2022, además, dicho contrato de seguro era voluntario, por esa razón, no respaldaba el pago de ninguna obligación crediticia.

Sin embargo, desde este momento el despacho deberá tener en consideración que, para el día 19 de octubre de 2021, fecha en la cual el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) suscribió la declaración de asegurabilidad, este negó la existencia de sus enfermedades y en especial el diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus y Enfermedad Diverticular del Colon, que padecía y conocía:

² Código General del Proceso, artículo 96 numeral 2.


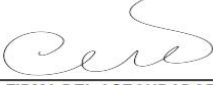
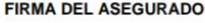
DECLARACIONES	
<p>Para efectos del presente certificado, declaro expresamente lo siguiente: 1. Mi estado de salud es normal, no padezco ni he padecido hipertensión arterial, enfermedades de tipo congénito o que incidan sobre los sistemas cardiovascular, respiratorio, urogenital, digestivo, colágeno, psiquismo, endocrino, músculo-esquelético, neurológico, emolinfático, sentidos, piel y anexos, SIDA y demás adicciones o afecciones que incidan sobre mi estado de salud, y que fumo menos de 20 cigarrillos al día, no tengo pendiente tratamientos o intervenciones quirúrgicas de enfermedades de los sistemas anteriormente enunciados, no padezco de lesiones o secuelas de origen traumático o patológico que afecten mi estado de salud, no sufro de obesidad ni sobrepeso y no practico aficiones que afecten mi integridad. 2. No he sido rechazado por alguna compañía aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro. 3. Tanto mi profesión u oficio declaradas en el presente certificado, son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales. 4. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas de la forma en que aparecen descritas, por lo tanto la falsedad frente a la omisión, error, inexactitud o reticencia, la compañía podrá aplicar las sanciones establecidas en los artículos 1055, 1058 y 1158 del Código de Comercio.</p>	
AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO, CONSTANCIA DE ASESORIA Y FIRMA	
<p>Habiendo leído, comprendido y aceptado todo lo indicado en este certificado, firmo el presente documento con la huella que extiendo en el lector biométrico para efectos mi huella personal es el signo o símbolo que empleo como firma. Autorizo a Giros y Finanzas C.F. S.A. debitar de mi cuenta de ahorros, corriente, cargar a mi tarjeta de crédito o cupo rotativo de la entidad como en aquellos productos que yo posea en el sector financiero, el valor de la prima correspondiente a la emisión inicial y en la renovación de la póliza contratada hasta cuando yo decida y comunique a Giros y Finanzas C.F. S.A. que no deseo renovar la póliza. Así mismo manifiesto que me han explicado, he recibido y comprendido a cabalidad el presente certificado y las condiciones del mismo de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, las cuales acepto en todas sus partes. En constancia firmo a los: 19 días del mes octubre del año 2021, en la ciudad de Cali.</p>	
 FIRMA DEL ASEGURADOR	 FIRMA DEL ASEGURADO

En este sentido y como se expondrá a continuación, el principio de ubérrima bona fide es piedra angular del contrato de seguro y por ello las sanciones aplicables son más severas, pues el mismo tiene como finalidad asegurar riesgos con ocasión a la información otorgada por una de las partes contractuales y si este omite o es inexacto al momento que declara el estado del riesgo, se configuraría la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Así las cosas, es menester indicar que, el asegurado había padecido y/o sufrido enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de octubre de 2021 negó la existencia de su enfermedad viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

Frente al hecho “2.”: ES CIERTO PARCIALMENTE y se aclara. Mi representada expidió

el contrato de seguro documentado en la póliza No. 4.660.882.856, cuyo tomador fue GIROS & FINANZAS COMPAÑÍA DE FINANCIAMIENTO S.A., como asegurado HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) y como beneficiarios NILSON FABIÁN POLINDARA HIDALGO, PAOLA ANDREA POLINDARA HIDALGO, JUAN DAVID LÓPEZ POLINDARA y DANIEL FABIÁN POLINDARA VERGARA, la cual contemplaba el amparo básico de muerte por cualquier causa, cuyo valor asegurado era de \$ 50.000.000, vigente entre el 19 de octubre de 2021 y el 19 de octubre de 2022, además, dicho contrato de seguro era voluntario, por esa razón, no respaldaba el pago de ninguna obligación crediticia.

Sin embargo, desde este momento el despacho deberá tener en consideración que, para el día 19 de octubre de 2021, fecha en la cual el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) suscribió la declaración de asegurabilidad, este negó la existencia de sus enfermedades y en especial el diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus y Enfermedad Diverticular del Colon, que padecía y conocía:

DECLARACIONES	
Para efectos del presente certificado, declaro expresamente lo siguiente: 1. Mi estado de salud es normal, no padezco ni he padecido hipertensión arterial, enfermedades de tipo congénito o que incidan sobre los sistemas cardiovascular, respiratorio, urogenital, digestivo, colágeno, psiquismo, endocrino, músculo-esquelético, neurológico, emolinfático, sentidos, piel y anexos, SIDA y demás adicciones o afecciones que incidan sobre mi estado de salud, y que fumo menos de 20 cigarrillos al día, no tengo pendiente tratamientos o intervenciones quirúrgicas de enfermedades de los sistemas anteriormente enunciados, no padezco de lesiones o secuelas de origen traumático o patológico que afecten mi estado de salud, no sufro de obesidad ni sobrepeso y no practico aficiones que afecten mi integridad. 2. No he sido rechazado por alguna compañía aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro. 3. Tanto mi profesión u oficio declaradas en el presente certificado, son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales. 4. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas de la forma en que aparecen descritas, por lo tanto la falsedad frente a la omisión, error, inexactitud o reticencia, la compañía podrá aplicar las sanciones establecidas en los artículos 1055, 1058 y 1158 del Código de Comercio.	
AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO, CONSTANCIA DE ASESORIA Y FIRMA	
Habiendo leído, comprendido y aceptado todo lo indicado en este certificado, firmo el presente documento con la huella que extendiendo en el lector biométrico para efectos mi huella personal es el signo o símbolo que empleo como firma. Autorizo a Giros y Finanzas C.F. S.A. debitar de mi cuenta de ahorros, corriente, cargar a mi tarjeta de crédito o cupo rotativo de la entidad como en aquellos productos que yo posea en el sector financiero, el valor de la prima correspondiente a la emisión inicial y en la renovación de la póliza contratada hasta cuando yo decida y comunique a Giros y Finanzas C.F. S.A. que no deseo renovar la póliza. Así mismo manifiesto que me han explicado, he recibido y comprendido a cabalidad el presente certificado y las condiciones del mismo de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, las cuales acepto en todas sus partes. En constancia firmo a los: 19 días del mes octubre del año 2021, en la ciudad de Cali.	
 FIRMA DEL ASEGURADOR	 FIRMA DEL ASEGURADO

En este sentido y como se expone a continuación, el principio de uberrima bona fide es


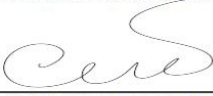
pieza angular del contrato de seguro y por ello las sanciones aplicables son más severas, pues el mismo tiene como finalidad asegurar riesgos con ocasión a la información otorgada por una de las partes contractuales y si este omite o es inexacto al momento que declara el estado del riesgo, se configuraría la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Así las cosas, es menester indicar que, el asegurado había padecido y/o sufrido enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de octubre de 2021 negó la existencia de su enfermedad viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

Frente al hecho “3.”: NO LE CONSTA a mi representada de manera directa que el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) haya fallecido el 13 de febrero de 2022, toda vez que son circunstancias ajenas a su conocimiento. Sin embargo, dicha información puede ser corroborada con el Registro Civil de Defunción que reposa en el expediente.

Frente al hecho “4.”: Como este hecho contiene varias afirmaciones, me pronuncio frente a cada una de ellas:

- Sobre la afirmación “*Ante la ocurrencia del siniestro*” no se admite la utilización del término “siniestro” que utiliza el apoderado de la parte demandante, toda vez que, de acuerdo al Código de Comercio artículo 1072, el siniestro corresponde a la realización del riesgo asegurado y, como se verá más adelante, dentro del caso de marras no ocurrió tal cosa. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

- En cuanto a la presentación de una reclamación, NO ES CIERTO como está redactado y se aclara. En el plenario no se observa ningún medio de prueba que corrobore, así sea sumariamente, el envío de una reclamación a mi representada. Además de lo anterior, el despacho deberá tener en consideración que, para el día 19 de octubre de 2021, fecha en la cual el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) suscribió la declaración de asegurabilidad, este negó la existencia de sus enfermedades y en especial el diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus y Enfermedad Diverticular del Colon, que padecía y conocía:

DECLARACIONES	
<p>Para efectos del presente certificado, declaro expresamente lo siguiente: 1. Mi estado de salud es normal, no padezco ni he padecido hipertensión arterial, enfermedades de tipo congénito o que incidan sobre los sistemas cardiovascular, respiratorio, urogenital, digestivo, colágeno, psiquismo, endocrino, músculo-esquelético, neurológico, emolinfático, sentidos, piel y anexos, SIDA y demás adicciones o afecciones que incidan sobre mi estado de salud, y que fumo menos de 20 cigarrillos al día, no tengo pendiente tratamientos o intervenciones quirúrgicas de enfermedades de los sistemas anteriormente enunciados, no padezco de lesiones o secuelas de origen traumático o patológico que afecten mi estado de salud, no sufro de obesidad ni sobrepeso y no practico aficiones que afecten mi integridad. 2. No he sido rechazado por alguna compañía aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro. 3. Tanto mi profesión u oficio declaradas en el presente certificado, son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales. 4. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas de la forma en que aparecen descritas, por lo tanto la falsedad frente a la omisión, error, inexactitud o reticencia, la compañía podrá aplicar las sanciones establecidas en los artículos 1055, 1058 y 1158 del Código de Comercio.</p>	
AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO, CONSTANCIA DE ASESORIA Y FIRMA	
<p>Habiendo leído, comprendido y aceptado todo lo indicado en este certificado, firmo el presente documento con la huella que extiendo en el lector biométrico para efectos mi huella personal es el signo o símbolo que empleo como firma. Autorizo a Giros y Finanzas C.F. S.A. debitar de mi cuenta de ahorros, corriente, cargar a mi tarjeta de crédito o cupo rotativo de la entidad como en aquellos productos que yo posea en el sector financiero, el valor de la prima correspondiente a la emisión inicial y en la renovación de la póliza contratada hasta cuando yo decida y comunique a Giros y Finanzas C.F. S.A. que no deseo renovar la póliza. Así mismo manifiesto que me han explicado, he recibido y comprendido a cabalidad el presente certificado y las condiciones del mismo de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, las cuales acepto en todas sus partes. En constancia firmo a los: 19 días del mes octubre del año 2021, en la ciudad de Cali.</p>	
 FIRMA DEL ASEGURADOR	FIRMA DEL ASEGURADO

En este sentido y como se expondrá a continuación, el principio de ubérrima bona fide es piedra angular del contrato de seguro y por ello las sanciones aplicables son más severas, pues el mismo tiene como finalidad asegurar riesgos con ocasión a la información otorgada por una de las partes contractuales y si este omite o es inexacto al momento que declara el estado del riesgo, se configuraría la nulidad relativa del contrato, penalidad que se

encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Así las cosas, es menester indicar que, el asegurado había padecido y/o sufrido enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de octubre de 2021 negó la existencia de su enfermedad viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

Frente al hecho “5.”: ES CIERTO sobre el comunicado del 30 de marzo de 2022. Para el día 19 de octubre de 2021, fecha en la cual el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) suscribió la declaración de asegurabilidad, este negó la existencia de sus enfermedades y en especial el diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus y Enfermedad Diverticular del Colon, que padecía y conocía. En este sentido y como se expondrá en las excepciones, el principio de uberrima bona fide es piedra angular del contrato de seguro y por ello las sanciones aplicables son más severas, pues el mismo tiene como finalidad asegurar riesgos con ocasión a la información otorgada por una de las partes contractuales y si este omite o es inexacto al momento que declara el estado del riesgo, se configuraría la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Así las cosas, es menester indicar que, el asegurado había padecido y/o sufrido enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de octubre de 2021 negó la existencia de su enfermedad viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

Frente al hecho “6.”: Como este hecho contiene varias afirmaciones, me pronuncio frente a cada una de ellas:




- Sobre la solicitud de reconsideración, NO ES CIERTO como está redactado y se aclara. En el plenario no se observa ningún medio de prueba que corrobore, así sea sumariamente, el envío de una solicitud de reconsideración a mi representada. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.
- ES CIERTO sobre el comunicado del 12 de mayo de 2022. Para el día 19 de octubre de 2021, fecha en la cual el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) suscribió la declaración de asegurabilidad, este negó la existencia de sus enfermedades y en especial el diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus y Enfermedad Diverticular del Colon, que padecía y conocía. En este sentido y como se expondrá en las excepciones, el principio de ubérrima bona fide es piedra angular del contrato de seguro y por ello las sanciones aplicables son más severas, pues el mismo tiene como finalidad asegurar riesgos con ocasión a la información otorgada por una de las partes contractuales y si este omite o es inexacto al momento que declara el estado del riesgo, se configuraría la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Así las cosas, es menester indicar que, el asegurado había padecido y/o sufrido enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de octubre de 2021 negó la existencia de su enfermedad viciando el consentimiento de la

Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

Frente al hecho “7.”: NO ES CIERTO. En virtud del artículo 193 del Código General del Proceso, solicito se tenga por confesado por parte de los demandantes que el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) firmó la declaración de asegurabilidad conforme la exposición de este hecho al afirmar que: “(...) él se limitó a firmar el formulario (...)” (Resaltado propio).

Aunado a lo anterior, la declaración de asegurabilidad que firmó el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) tiene su huella dactilar y la misma establece de manera clara, concreta y fácil de entender que el asegurado manifestaba irrevocablemente que tenía un estado de salud normal y no había padecido ninguna de las enfermedades allí mencionadas, por lo tanto, al firmar el documento es evidente que lo leyó y entendió su alcance. Por lo anterior, el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) sí fue reticente e inexacto en la declaración de asegurabilidad que leyó, firmó y en la cual puso su huella dactilar.

Frente al hecho “8.”: NO SE TRATA DE UN HECHO, sino de una apreciación subjetiva que hace la activa. Lo cierto es que el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) recibió información clara, veraz, suficiente, oportuna, verificable y comprensible al momento de firmar la declaración de asegurabilidad y así también lo manifestó al firmar el documento y poner su huella dactilar:

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO, CONSTANCIA DE ASESORIA Y FIRMA	
<p>Habiendo leído, comprendido y aceptado todo lo indicado en este certificado, firmo el presente documento con la huella que extiendo en el lector biométrico para efectos mi huella personal es el signo o símbolo que empleo como firma. Autorizo a Giros y Finanzas C.F. S.A. debitar de mi cuenta de ahorros, corriente, cargar a mi tarjeta de crédito o cupo rotativo de la entidad como en aquellos productos que yo posea en el sector financiero, el valor de la prima correspondiente a la emisión inicial y en la renovación de la póliza contratada hasta cuando yo decida y comunique a Giros y Finanzas C.F. S.A. que no deseo renovar la póliza. Así mismo manifiesto que me han explicado, he recibido y comprendido a cabalidad el presente certificado y las condiciones del mismo de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, las cuales acepto en todas sus partes. En constancia firmo a los: 19 días del mes octubre del año 2021, en la ciudad de Cali.</p>	
 FIRMA DEL ASEGURADOR	 FIRMA DEL ASEGURADO

Por lo anterior, el asegurado conoció completamente el alcance y las condiciones del contrato de seguro al que solicitó vincularse. Por otro lado, no existe ningún medio de prueba en el expediente que pruebe, así sea sumariante, que el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) no recibió asesoría al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad. Corresponde a la parte demandante la probanza de lo dicho de conformidad con lo reglado a partir del artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho “9.”: Como este hecho contiene varias afirmaciones, me pronuncio frente a cada una de ellas:

- Sobre el alcance de la objeción emitida por mi representada, NO ES CIERTO. Dicho documento sintetiza que para el día 19 de octubre de 2021, fecha en la cual el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) suscribió la declaración de asegurabilidad, este negó la existencia de sus enfermedades y en especial el diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus y Enfermedad Diverticular del Colon, que padecía y conocía. En este sentido y como se expondrá en las excepciones, el principio de ubérrima bona fide es piedra angular del contrato de seguro y por ello las sanciones aplicables son más severas, pues el mismo tiene como finalidad asegurar riesgos con ocasión a la información otorgada por una de las partes contractuales y si este omite o es inexacto al momento que declara el estado del riesgo, se configuraría la nulidad

relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Así las cosas, es menester indicar que el asegurado había padecido y/o sufrido enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de octubre de 2021 negó la existencia de su enfermedad viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

- Sobre la obligación de mi representada de probar la mala fe del asegurado, NO ES CIERTO. La prueba de la mala fe no es un requisito sine qua non para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente deberá acreditar que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que, si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas.
- Sobre la obligación de mi representada de probar el nexo causal entre las enfermedades no declaradas y la causa de la muerte del asegurado, NO ES CIERTO. Lo cierto es que el artículo 1058 del Código de Comercio, establece que la reticencia se configura simplemente *por la inexactitud* en que incurra el asegurado al momento de trasladar el riesgo a la aseguradora. De tal suerte, no tiene ninguna relevancia que la causa de la muerte del señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) tenga o no relación con las enfermedades que omitió declarar a la aseguradora. La Corte

Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que esta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.



- Sobre la obligación de mi representada de practicar exámenes médicos al asegurado, NO ES CIERTO. Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. El artículo 1158 del Código de Comercio establece que no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza. Aunado a todo lo anterior, sin perjuicio de que no es una obligación de la aseguradora y aunque así lo fuera, tal situación no exime al asegurado de la obligación de declarar verdaderamente el estado del riesgo.

Frente al hecho “10.”: NO ES CIERTO. Para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que esta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo. Se reitera que para el día 19 de octubre de 2021, fecha en la cual el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) suscribió la declaración de asegurabilidad, este negó la existencia de sus enfermedades y en especial el diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus y Enfermedad Diverticular del Colon, que padecía y conocía, a pesar de que le fueron preguntadas directamente para efectos de que mi prohijada aceptara la transferencia del riesgo. De tal suerte, se configura el fenómeno jurídico de la nulidad relativa por reticencia

prevista en el Art. 1060 del C. Co. y por contera la inexistencia de la obligación deprecada por los accionantes a cargo de mi prohijada.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES³

Frente a la pretensión “Primera.”: ME OPONGO a la prosperidad de esta pretensión por carecer de fundamentos fácticos y jurídicos. Lo anterior, comoquiera que el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) recibió información clara, veraz, suficiente, oportuna, verificable y comprensible al momento de firmar la declaración de asegurabilidad y así también lo manifestó al firmar el documento y poner su huella dactilar:

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO, CONSTANCIA DE ASESORIA Y FIRMA		
<p>Habiendo leído, comprendido y aceptado todo lo indicado en este certificado, firmo el presente documento con la huella que extiendo en el lector biométrico para efectos mi huella personal es el signo o símbolo que empleo como firma. Autorizo a Giros y Finanzas C.F. S.A. debitar de mi cuenta de ahorros, corriente, cargar a mi tarjeta de crédito o cupo rotativo de la entidad como en aquellos productos que yo posea en el sector financiero, el valor de la prima correspondiente a la emisión inicial y en la renovación de la póliza contratada hasta cuando yo decida y comunique a Giros y Finanzas C.F. S.A. que no deseo renovar la póliza. Así mismo manifiesto que me han explicado, he recibido y comprendido a cabalidad el presente certificado y las condiciones del mismo de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, las cuales acepto en todas sus partes. En constancia firmo a los: 19 días del mes octubre del año 2021, en la ciudad de Cali.</p>		
		
FIRMA DEL ASEGURADOR	FIRMA DEL ASEGURADO	

HUELLA DIGITAL

Por lo anterior, el asegurado conoció completamente el alcance y las condiciones del contrato de seguro al que solicitó vincularse. Por otro lado, no existe ningún medio de prueba en el expediente que pruebe, así sea sumariante, que el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) no recibió asesoría al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad.

Frente a la pretensión “Segunda.”: ME OPONGO a la prosperidad de esta pretensión por carecer de fundamentos fácticos y jurídicos. Lo anterior, comoquiera que los escritos del 30

³ Código General del Proceso, artículo 96 numeral 2.

de marzo y 12 de mayo de 2022 sintetizan que para el día 19 de octubre de 2021, fecha en la cual el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) suscribió la declaración de asegurabilidad, este negó la existencia de sus enfermedades y en especial el diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus y Enfermedad Diverticular del Colon, que padecía y conocía. En este sentido y como se expondrá en las excepciones, el principio de ubérrima bona fide es piedra angular del contrato de seguro y por ello las sanciones aplicables son más severas, pues el mismo tiene como finalidad asegurar riesgos con ocasión a la información otorgada por una de las partes contractuales y si este omite o es inexacto al momento que declara el estado del riesgo, se configuraría la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Así las cosas, es menester indicar que, el asegurado había padecido y/o sufrido enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de octubre de 2021 negó la existencia de su enfermedad viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.




Aunado a lo anterior, la prueba de la mala fe no es un requisito sine qua non para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente deberá acreditar que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que, si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas.

Por otro lado, lo cierto es que el artículo 1058 del Código de Comercio, establece que la

reticencia se configura simplemente *por la inexactitud* en que incurra el asegurado al momento de trasladar el riesgo a la aseguradora. De tal suerte, no tiene ninguna relevancia que la causa de la muerte del señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) tenga o no relación con las enfermedades que omitió declarar a la aseguradora. La Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que esta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Finalmente, es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. El artículo 1158 del Código de Comercio establece que no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza. Aunado a todo lo anterior, sin perjuicio de que no es una obligación de la aseguradora y aunque así lo fuera, tal situación no exime al asegurado de la obligación de declarar verdaderamente el estado del riesgo.

Frente a la pretensión “Tercera.”: ME OPONGO a la prosperidad de esta pretensión por carecer de fundamentos fácticos y jurídicos. Lo anterior, comoquiera que el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) recibió información clara, veraz, suficiente, oportuna, verificable y comprensible al momento de firmar la declaración de asegurabilidad y así también lo manifestó al firmar el documento y poner su huella dactilar:

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO, CONSTANCIA DE ASESORIA Y FIRMA	
Habiendo leído, comprendido y aceptado todo lo indicado en este certificado, firmo el presente documento con la huella que extiendo en el lector biométrico para efectos mi huella personal es el signo o símbolo que empleo como firma. Autorizo a Giros y Finanzas C.F. S.A. debitar de mi cuenta de ahorros, corriente, cargar a mi tarjeta de crédito o cupo rotativo de la entidad como en aquellos productos que yo posea en el sector financiero, el valor de la prima correspondiente a la emisión inicial y en la renovación de la póliza contratada hasta cuando yo decida y comunique a Giros y Finanzas C.F. S.A. que no deseo renovar la póliza. Así mismo manifiesto que me han explicado, he recibido y comprendido a cabalidad el presente certificado y las condiciones del mismo de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, las cuales acepto en todas sus partes. En constancia firmo a los: 19 días del mes octubre del año 2021, en la ciudad de Cali.	
 FIRMA DEL ASEGURADOR	 FIRMA DEL ASEGURADO

Por lo anterior, el asegurado conoció completamente el alcance y las condiciones del contrato de seguro al que solicitó vincularse. Por otro lado, no existe ningún medio de prueba en el expediente que pruebe, así sea sumariante, que el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) no recibió asesoría al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad.

Frente a la pretensión “Cuarta.”: ME OPONGO a la prosperidad de esta pretensión por carecer de fundamento fáctico y jurídico. Lo anterior, comoquiera que es una pretensión subsidiaria de la anterior que, por las razones ya expuestas, no tiene vocación de prosperidad. Esto, ya que no se configuró ningún siniestro, pues no se no se configuran los presupuestos jurídicos para ello, por el contrario, el contrato de seguro instrumentalizado en la póliza 4.660.882.856 debe declararse nulo, por cuanto el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que el entonces asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, situación que es supremamente relevante para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido del diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus y Enfermedad Diverticular del Colon que padecía el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar

condiciones mucho más onerosas en él. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) debe declararse nulo, debido a que este negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

Frente a la pretensión “Quinta.”: ME OPONGO a la prosperidad de esta pretensión por carecer de fundamento fáctico y jurídico. El pago de intereses moratorios sólo se generaría en una eventual condena en contra de mi representada, ni siquiera desde el día siguiente a la emisión de la objeción, como lo solicita el demandante. Sin embargo, reitero mi oposición, toda vez que, se repite, mi representada no tiene ninguna obligación indemnizatoria derivada de los hechos descritos en el escrito genitor.

Frente al momento en el que se empiezan a causarse los intereses moratorios, la Corte Suprema de Justicia ha establecido en distintas oportunidades que estos empiezan a causarse a partir de la ejecutoria del fallo judicial que da certeza a la obligación. Específicamente, en la reciente sentencia del 26 de mayo de 2021, en la que se indicó textualmente:

“Respecto del momento a partir del cual procedía disponer el pago de intereses moratorios, conforme al análisis que se dejó consignado al estudiarse el cargo segundo del recurso extraordinario de casación, al que se hace remisión expresa, se colige el desacierto de la fecha fijada por el a quo con tal fin -6 de septiembre de 2010-, misma señalada por el Tribunal, la cual, por ende, deberá modificarse, para disponer que la eventual causación de los indicados réditos, será a partir de la ejecutoria

*del presente fallo*⁴.

Lo anterior, deja claro que la pretensión del demandante en este caso no tiene vocación de prosperidad, puesto que los intereses moratorios podrían empezar a causarse solo hasta que el fallo judicial brinde certeza sobre la obligación. Toda vez que antes de proferirse el fallo, no existe certeza sobre la obligación de indemnizar.

Frente a la pretensión “Sexta.”: ME OPONGO a la prosperidad de esta petición de condena en costas del proceso y agencias en derecho, reitero mi oposición, toda vez que, se repite, mi representada no tienen ninguna obligación indemnizatoria derivada de los hechos descritos en el escrito genitor. Por tal motivo solicito que, en vista de que no se identifica ninguna actuación que refleje la necesidad de un reproche jurídico por parte de la demandada, se condene en costas a los demandantes, pues sometió al extremo pasivo y a mi prohijada, sin justificación ni respaldo probatorio alguno, al agotamiento innecesario de estas instancias judiciales.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

De conformidad con lo establecido en el inciso primero del artículo 206 del Código General del Proceso y con el fin mantener un equilibrio procesal, garantizar pedimentos razonables y salvaguardar el derecho de defensa de mi procurada, procedo a **OBJETAR** el juramento estimatorio de la demanda en los siguientes términos:

En lo que respecta al presunto daño emergente aducido en este acápite, debe manifestarse que, al no nacer la responsabilidad civil que pretende atribuirse a la pasiva, tampoco nace su obligación indemnizatoria y por lo mismo, no hay lugar a efectuar reconocimiento alguno

⁴ Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC1947-2021. M.P. Álvaro Fernando García Restrepo. 26 de mayo de 2021.

por este perjuicio.

No podrá condenarse a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. al pago de la indemnización que se deriva del contrato de seguro del señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.), cuando lo cierto de este caso es que el reseñado fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que el entonces Asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, situación que es supremamente relevante para el Asegurador.

En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido del diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus y Enfermedad Diverticular del Colon que padecía el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) debe declararse nulo, debido a que este negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

Por las razones antes expuestas, me opongo enfáticamente al juramento estimatorio de la demanda.

IV. EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE A LA DEMANDA⁵

1. NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO No. 4.660.882.856

El señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de su padecimiento de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En términos generales, la reticencia del contrato de seguro es una figura jurídica que busca proteger a las compañías aseguradoras de las omisiones y declaraciones inexactas de los asegurados frente a los riesgos que estos últimos buscan trasladar. Esta institución jurídica tiene su sentido de existir, en virtud de que son los asegurados los que conocen a la perfección todas las condiciones y características de los riesgos que asignan a las aseguradoras y, en consecuencia, atendiendo al principio de ubérrima buena fe, deben informarlos claramente durante la etapa precontractual. En este sentido, la doctrina más reconocida en la materia ha sido clara al establecer que quien conoce el riesgo es el que tiene el deber de informarlo:

“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art.

⁵ Código General del Proceso, artículo 96 numeral 3.

*1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, **el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia**⁶.*

(Subrayado y Negrita fuera del texto original)

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando el asegurado conociendo a profundidad sus padecimientos, negó estos en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno, verbi gracia, la Corte Constitucional, en sentencia T-437 de 2014, ha sido clara al expresar que (i) la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato y (ii) que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

“Ahora bien, tanto la jurisprudencia como la doctrina han sido enfáticas al afirmar que, si bien el artículo 1036 del Código de Comercio no lo menciona taxativamente, el contrato de seguro es un contrato especial de buena fe, lo cual significa que ambas partes, en las afirmaciones relativas al riesgo y a las condiciones del contrato, se sujetan a cierta lealtad y honestidad desde su celebración hasta la ejecución del mismo. Por consiguiente y, en atención a lo consagrado en el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador o

⁶ BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.

*asegurado debe declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador, toda vez que ello constituye la base de la contratación. **En caso de presentarse reticencias e inexactitudes en la declaración que conocidas por el asegurador lo hubieran retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro.***” (Subrayado y Negrita fuera del texto original)

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas. En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se esgrimió que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora, y de esta manera, la aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía al asegurado, y que, en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a dudas, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

“En los casos de contratos de seguros que cubren contingencias y riesgos de salud debe prevalecer el principio de la buena fe de las partes y en consecuencia quién toma el seguro debe declarar con claridad y exactitud, sin incurrir en actuaciones dolosas, su estado de salud con el objeto de que el consentimiento del asegurador se halle libre de todo vicio, especialmente del error, para que así se conozca exactamente el riesgo que se va a cubrir, en desarrollo de los artículos 1036 y 1058 del Código Civil.

*Pese a lo anterior, **en los casos en los que la compañía aseguradora incurre en error inducido por el asegurado**, las normas que rigen los contratos de seguros, y específicamente el artículo 1058 del Código Civil, permiten que tal*

*circunstancia de reticencia o inexactitud del asegurado en la declaración de los hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo, **de lugar a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro o la modificación de las condiciones por parte de la aseguradora***". (Subrayado y Negrita fuera del texto original)

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia en Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01, también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad el verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos la siguiente sentencia proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción ordinaria:

*"Visto el caso de ahora, emerge nítidamente que en las "declaraciones de asegurabilidad" de 30 de agosto de 2000 y 31 de enero de 2001, **se ocultaron datos relevantes, lo que mina la validez del contrato e impide acceder a las pretensiones, todo como consecuencia de tal omisión en informar acerca del estado del riesgo***.

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato.

En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el mismo sentido, pero esta vez en una sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001- 31-03-023-1996-02422-01., la Corte Suprema de Justicia reiteró su tesis al explicar:

*“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse.** Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Inclusive, esta Alta Corte en sede de tutela ha conservado y reiterado su postura acerca de la nulidad relativa consagrada en el artículo 1058 del C.Co., analizando lo siguiente:

*“Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto, **si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación de manifestarlas para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado.** Sin embargo, no lo hizo, pero, un año después, adujo que afrontó una incapacidad por unas enfermedades diagnosticadas antes de la celebración del contrato de seguro y, por ende, el estrado atacado declaró la nulidad relativa del acuerdo de voluntades.*

En ese contexto, no son admisibles los alegatos de la quejosa edificados en la posibilidad que tenía la firma aseguradora de verificar su estado de salud, porque si bien, en ese sentido, existe una equivalencia o igualdad contractual, se aprecia que a la precursora se le indagó acerca de sus dolencias; no

obstante, guardó silencio. Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza.”

⁷(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

No obstante, y sin perjuicio de la jurisprudencia previamente mencionada, es de gran relevancia invocar la sentencia de constitucionalidad proferida por la Corte Constitucional, en donde específicamente se aborda el análisis de los requisitos y efectos del artículo 1058 del C. Co. La sentencia C-232 de 1997 expresa lo siguiente:

*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, **se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador**, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. **Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra**, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales,*

⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Tutela del 30/01/2020, MP: Luis Armando Tolosa Villabona, Rad: 41001-22-14-000-2019-00181-01.



*y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.*** (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En otras palabras, el examen de constitucionalidad realizado por la Corte involucra toda una serie de elementos y entendimientos que deben ser tomados en cuenta en el momento de estudiar el fenómeno de la reticencia. Los elementos más representativos y dicientes que rescata el más alto tribunal constitucional en su providencia son:

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito *sine qua non* para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.
- La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual

corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el día 19 de octubre de 2021, fecha en la cual el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) suscribió la declaración de asegurabilidad, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) afirmó que su estado de salud era normal y no tenía ninguna de las enfermedades allí referidas, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas constituían una falta a la verdad, a saber:

DECLARACIONES	
<p>Para efectos del presente certificado, declaro expresamente lo siguiente: 1. Mi estado de salud es normal, no padezco ni he padecido hipertensión arterial, enfermedades de tipo congénito o que incidan sobre los sistemas cardiovascular, respiratorio, urogenital, digestivo, colágeno, psiquismo, endocrino, músculo-esquelético, neurológico, emolinfático, sentidos, piel y anexos, SIDA y demás adicciones o afecciones que incidan sobre mi estado de salud, y que fumo menos de 20 cigarrillos al día, no tengo pendiente tratamientos o intervenciones quirúrgicas de enfermedades de los sistemas anteriormente enunciados, no padezco de lesiones o secuelas de origen traumático o patológico que afecten mi estado de salud, no sufro de obesidad ni sobrepeso y no practico aficiones que afecten mi integridad. 2. No he sido rechazado por alguna compañía aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro. 3. Tanto mi profesión u oficio declaradas en el presente certificado, son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales. 4. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas de la forma en que aparecen descritas, por lo tanto la falsedad frente a la omisión, error, inexactitud o reticencia, la compañía podrá aplicar las sanciones establecidas en los artículos 1055, 1058 y 1158 del Código de Comercio.</p>	
AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO, CONSTANCIA DE ASESORIA Y FIRMA	
<p>Habiendo leído, comprendido y aceptado todo lo indicado en este certificado, firmo el presente documento con la huella que extendiendo en el lector biométrico para efectos mi huella personal es el signo o símbolo que empleo como firma. Autorizo a Giros y Finanzas C.F. S.A. debitar de mi cuenta de ahorros, corriente, cargar a mi tarjeta de crédito o cupo rotativo de la entidad como en aquellos productos que yo posea en el sector financiero, el valor de la prima correspondiente a la emisión inicial y en la renovación de la póliza contratada hasta cuando yo decida y comunique a Giros y Finanzas C.F. S.A. que no deseo renovar la póliza. Así mismo manifiesto que me han explicado, he recibido y comprendido a cabalidad el presente certificado y las condiciones del mismo de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, las cuales acepto en todas sus partes. En constancia firmo a los: 19 días del mes octubre del año 2021, en la ciudad de Cali.</p>	
 FIRMA DEL ASEGURADOR	 FIRMA DEL ASEGURADO

Es decir, a pesar de que el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) conocía de su padecimiento de salud con anterioridad al mes de octubre de 2021, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Como se pudo observar de forma

evidente en los hechos de la demanda, la parte activa confesó que el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) fue quien firmó el formulario y, por lo tanto, fue en efecto él quien declaró el estado del riesgo en ese documento, conforme la exposición de este hecho al afirmar que: “(...) **él se limitó a firmar el formulario** (...)” (Resaltado propio).

Aunado a lo anterior, la declaración de asegurabilidad que firmó el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) tiene su huella dactilar y la misma establece de manera clara, concreta y fácil de entender que el asegurado manifestaba irrevocablemente que tenía un estado de salud normal y no había padecido ninguna de las enfermedades allí mencionadas, por lo tanto, al firmar el documento es evidente que lo leyó y entendió su alcance. Por lo anterior, el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) sí fue reticente e inexacto en la declaración de asegurabilidad que leyó, firmó y en la cual puso su huella dactilar.

En otras palabras, no existe duda alguna de que, en el presente caso, el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) afirmó que tenía un estado de salud normal y no había padecido ninguna de las enfermedades mencionadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, esta negativa constituye una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que la Asegurada había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

Para una adecuada comprensión de la gravedad de las respuestas negativas en las que incurrió el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.), es de gran importancia abordar cronológicamente lo señalado en su historia clínica, pues en esta se indica que al menos desde noviembre de 2014 contaba con antecedentes de Diabetes mellitus tipo 2. En este

extracto de la historia clínica es muy clara al establecer, los antecedentes en mención:

Historia clínica del 12 de noviembre de 2014 del Hospital Susana López de Valencia E.S.E.:

Analisis

PACIENTE EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIRS CLINICO, QUIEN REQUIERE PARACLINICOS COMPLEMENTARIOS, SEGUN VALOR DE CPK SE DEFINIRA SI SE DA MANEJO AMBULATORIO.

IDX: MIOSITIS DEL VASTO EXTERNO IZQUIERDO
DIABETES MELLITUS TIPO II NO CONTROLADA

Ahora bien, como se ilustrará a continuación, resulta imperioso que el despacho tenga en cuenta que la Diabetes mellitus tipo 2 era padecida y conocida por el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. En este sentido, al analizar la información médica del causante, es evidente que el padecimiento de esta enfermedad fue antes del año 2021.

Historia clínica del 15 de noviembre de 2014 del Hospital Susana López de Valencia E.S.E. donde se observa Diabetes mellitus no insulínica con complicaciones circulatorias periféricas. Celulitis de otras partes de los miembros:

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA
Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.
Area de Servicio: URGENCIAS - CONSULTA
Fecha de Registro: 17/11/2014 3:51:28 p. m.

Historia Clínica: 10527165
Ingreso: 709573
Folio: 32

Historia Clínica Evolución

SE HACE TRASLADO A OBSERVACION

Diagnóstico

M600	MIOSITIS INFECCIOSA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/> Principal
L031	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	<input type="checkbox"/> Principal

Indicación Médica

Historia clínica del 25 de noviembre de 2014 del Hospital Susana López de Valencia E.S.E.:

Folio: 94 Fecha de Registro: 25/11/2014 1:16:12 p. m.
Nombre: HENRY POLINDARA
Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

N° de Historia Clínica: 10527165
N° de Ingreso: 709573

COMPELTAR 10 DIAS DE CLINDAMICINA (HOY ULTIMO DIA).
CONTROLES POR CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA EN 15 DIAS CON HEMOGRAMA, PCR, CR, GLICEMIA.
INSULINA LANTUS 10 U SC CADA 24 HORAS
METFORMINA IGUAL
ACETAMINOFEN 500MG VO SEGUN DOLOR

Diagnostico

L023	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE GLUTEOS	<input type="checkbox"/> Principal
L031	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	<input type="checkbox"/> Principal
E105	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS	<input type="checkbox"/> Principal
M600	MIOSITIS INFECCIOSA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal

Historia clínica del 12 de diciembre de 2014 del Hospital Susana López de Valencia E.S.E.:

Folio: 103	Fecha de Registro: 12/12/2014 7:49:17 a.m.	Ingreso: 719800	N° Historia Clínica: 10527165
Area de Servicio: M600	CONSULTA EXTERNA - MEDICINA ESPECIALIZADA		24/03/2022 10:59
	MIOSITIS INFECCIOSA	<input checked="" type="checkbox"/>	Principal
L031	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	<input type="checkbox"/>	Principal
L023	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE GLUTEOS	<input type="checkbox"/>	Principal
E149	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION	<input type="checkbox"/>	Principal

Historia clínica del 8 de enero de 2015 del Hospital Susana López de Valencia E.S.E.:

*** <i>Diagnostico</i> ***			
E149	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION	<input checked="" type="checkbox"/>	Principal

Historia clínica del 4 de junio de 2015 de la E.P.S. Sanitas S.A.S.:

DIAGNOSTICO
Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119) , Confirmado repetido, Otra .

Historia clínica del 16 de junio de 2015 de la E.P.S. Sanitas S.A.S.:

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: **Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion** (E149), sobrepeso, Confirmado nuevo, Otra .

Historia clínica del 8 de julio de 2015 de la E.P.S. Sanitas S.A.S.:

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: **Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion** (E119), Confirmado repetido, Otra .
Diagnóstico Asociado 1: **Trastorno de la refraccion, no especificado** (H527), Bilateral, Confirmado nuevo.

Historia clínica del 23 de junio de 2016 de la E.P.S. Sanitas S.A.S.:

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: **Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion** (E119), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra .
Diagnóstico Asociado 1: **Absceso cutaneo, furunculo y antrax de sitio no especificado** (L029), Confirmado nuevo.

Historia clínica del 2 de noviembre de 2016 de la E.P.S. Sanitas S.A.S.:

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: **Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones no especificadas** (E148), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra .
Diagnóstico Asociado 1: **Aumento anormal de peso** (R635), SOBREPESO, Confirmado repetido.

Historia clínica del 4 de mayo de 2017 de la E.P.S. Sanitas S.A.S.:

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: **Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación** (E119), Confirmado repetido, Causa Externa: Enfermedad general.

Diagnóstico Asociado 1: **Insuficiencia venosa (crónica) (periférica)** (I872), Confirmado repetido.

Historia clínica del 23 de agosto de 2017 de la E.P.S. Sanitas S.A.S.:

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: **Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación** (E109), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido, Causa Externa: Otra.

Diagnóstico Asociado 1: **Aumento anormal de peso** (R635), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido.

Diagnóstico Asociado 2: **Hiperlipidemia no especificada** (E785), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido.

Historia clínica del 4 de septiembre de 2017 de la E.P.S. Sanitas S.A.S.:

Diagnóstico Principal: **Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas** (E108), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido, Causa Externa: Otra.

Historia clínica del 1 de junio de 2018 de la E.P.S. Sanitas S.A.S.:

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: **Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación** (E109), Estado de la enfermedad: No Controlado, Clasificación de la enfermedad: **Diabetes tipo 2, Confirmado** repetido, Causa Externa: Otra.

Historia clínica del 8 de noviembre de 2018 de la E.P.S. Sanitas S.A.S.:

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109), Estado de la enfermedad: No Controlado, Clasificacion de la enfermedad: Diabetes tipo 2, Confirmado repetido, Causa Externa:Otra .

Historia clínica del 4 de octubre de 2019 de la E.P.S. Sanitas S.A.S.:

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109), Estado de la enfermedad: No Controlado, Clasificacion de la enfermedad: Diabetes tipo 2, Confirmado nuevo, Causa Externa:Otra .
Diagnóstico Asociado 1: Insuficiencia renal no especificada (N19X), Confirmado nuevo.

Historia clínica del 26 de noviembre de 2018 de la Clínica La estancia S.A.:

CONCLUSIÓN:

PEQUEÑA HERNIA UMBILICAL SIN COMPLICACIONES AL MOMENTO DEL ESTUDIO

FECHA Y HORA DE APLICACION:26/11/2018 16:41:56 REALIZADO POR: DIANA CATHERINE REALPE

Historia clínica del 1 de febrero de 2019 de la Clínica La estancia S.A.:

DIAGNÓSTICO	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	Tipo PRINCIPAL
DIAGNÓSTICO	K429	HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	Tipo RELACIONADO
DIAGNÓSTICO	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	Tipo RELACIONADO

Historia clínica del 1 de marzo de 2019 de la Clínica La estancia S.A.:

DIAGNÓSTICO	R104	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	Tipo PRINCIPAL
DIAGNÓSTICO	C188	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL COLON	Tipo RELACIONADO
POLIPO?			
DIAGNÓSTICO	K429	HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	Tipo RELACIONADO
ASINTOMATICA			
DIAGNÓSTICO	M541	RADICULOPATIA	Tipo RELACIONADO

Historia clínica del 10 de mayo de 2019 de la Clínica La estancia S.A.:

DIAGNÓSTICO	R522	OTRO DOLOR CRONICO	Tipo PRINCIPAL
DIAGNÓSTICO	K573	ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO GRUESO SIN PERFORA	Tipo RELACIONADO
DIAGNÓSTICO	M792	NEURALGIA Y NEURITIS NO ESPECIFICADAS	Tipo RELACIONADO

Historia clínica del 10 de junio de 2019 de la Clínica La estancia S.A.:

DIAGNÓSTICO	R101	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	Tipo PRINCIPAL
DIAGNÓSTICO	M792	NEURALGIA Y NEURITIS NO ESPECIFICADAS	Tipo RELACIONADO
DIAGNÓSTICO	R522	OTRO DOLOR CRONICO	Tipo RELACIONADO

Historia clínica del 2 de octubre de 2019 de la Clínica La estancia S.A.:

DIAGNÓSTICO	R522	OTRO DOLOR CRONICO	Tipo PRINCIPAL
DIAGNÓSTICO	M792	NEURALGIA Y NEURITIS NO ESPECIFICADAS	Tipo RELACIONADO

Así las cosas, es evidente que, en el momento de solicitar su aseguramiento en el mes de octubre de 2019, ya padecía de **diabetes mellitus tipo 2, celulitis de otras partes de los miembros, miositis infecciosa, aumento anormal de peso, insuficiencia venosa**

(crónica), hipercolesterolemia pura, hiperlipidemia, lumbago, hernia umbilical, lesión de sitios contiguos del colon, neuralgia y neuritis no especificadas, pues había sido diagnosticado de tiempo atrás a octubre de 2019. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de la vinculación al contrato de seguro. Lo anterior, debido a que, si mi procurada hubiera conocido de la existencia de dichas patologías con anterioridad a la vinculación al contrato de seguro, la hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

En virtud de lo anterior, ruego al despacho tener por cierto el hecho según el cual **(i)** el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) ya contaba con una serie de diagnósticos de diabetes mellitus tipo 2, celulitis de otras partes de los miembros, miositis infecciosa, aumento anormal de peso, insuficiencia venosa (crónica), hipercolesterolemia pura, hiperlipidemia, lumbago, hernia umbilical, lesión de sitios contiguos del colon, neuralgia y neuritis no especificadas con anterioridad al mes de octubre de 2019, fecha en la que se perfeccionó el seguro, y **(ii)** que estas patologías son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Este último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que la asegurada omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que esta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Es decir, es de gran importancia que se tenga en cuenta que, para la configuración de la

reticencia consagrada en el artículo 1058 del C.Co., no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que el Asegurado omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total y permanente del mismo. En efecto, la Corte Constitucional, en la sentencia de constitucionalidad que se ha venido mencionando (C232 de 1997), fue completamente clara al exponer lo siguiente:

“Séptima. - Las nulidades relativas del artículo 1058 del Código de Comercio renuevan un equilibrio roto.

En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.

Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador. En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la

medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336)." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)



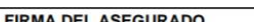
En efecto, tal y como lo expuso la Corte Constitucional, para anular el contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del C. Co, no es necesario acreditar una relación de causalidad entre el siniestro y la reticencia, toda vez que lo que se debe analizar es la posición de la compañía aseguradora al inicio de la relación contractual. Lo que significa, que únicamente se debe probar es que el consentimiento estuvo viciado como consecuencia del error en el riesgo que se creyó estar asegurando.

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular las declaraciones que hizo el asegurado al momento de solicitar la vinculación al seguro, con el propósito de evidenciar que está claramente incluye varias de las enfermedades y antecedentes anteriormente referidos, y que por supuesto el asegurado debió informar, ya que de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él:

*"Para efectos del presente certificado, declaro expresamente lo siguiente: **1. Mi estado de salud es normal**, no padezco ni he padecido hipertensión arterial, enfermedades de tipo congénito o que incidan sobre los sistemas cardiovascular, respiratorio, urogenital, digestivo, colágeno, psiquismo, **endocrino**, músculo esquelético, neurológico, emolinfático, sentidos, piel y anexos, SIDA **y demás adicciones o afecciones que incidan sobre mi estado de salud**, y que fumo menos de 20 cigarrillos al día, no tengo pendiente tratamientos o intervenciones quirúrgicas de enfermedades de los sistemas anteriormente enunciados, **no***

padezco de lesiones o secuelas de origen traumático o patológico que afecten mi estado de salud, no sufro de obesidad ni sobrepeso y no practico aficiones que afecten mi integridad. 2. No he sido rechazado por alguna compañía aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro. 3. Tanto mi profesión u oficio declaradas en el presente certificado, son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales. 4. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas de la forma en que aparecen descritas, por lo tanto la falsedad frente a la omisión, error, inexactitud o reticencia, la compañía podrá aplicar las sanciones establecidas en los artículos 1055, 1058 y 1158 del Código de Comercio”.

De las afirmaciones expuestas se evidencia indefectiblemente: (i) que a pesar de que el asegurado había sido diagnosticado con diabetes mellitus tipo 2, celulitis de otras partes de los miembros, miositis infecciosa, aumento anormal de peso, insuficiencia venosa (crónica), hipercolesterolemia pura, hiperlipidemia, lumbago, hernia umbilical, lesión de sitios contiguos del colon, neuralgia y neuritis no especificadas, faltó a la verdad al declarar que no padecía de ninguna de las enfermedades referidas:

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO, CONSTANCIA DE ASESORIA Y FIRMA	
<p>Habiendo leído, comprendido y aceptado todo lo indicado en este certificado, firmo el presente documento con la huella que extiendo en el lector biométrico para efectos mi huella personal es el signo o símbolo que empleo como firma. Autorizo a Giros y Finanzas C.F. S.A. debitar de mi cuenta de ahorros, corriente, cargar a mi tarjeta de crédito o cupo rotativo de la entidad como en aquellos productos que yo posea en el sector financiero, el valor de la prima correspondiente a la emisión inicial y en la renovación de la póliza contratada hasta cuando yo decida y comunique a Giros y Finanzas C.F. S.A. que no deseo renovar la póliza. Así mismo manifiesto que me han explicado, he recibido y comprendido a cabalidad el presente certificado y las condiciones del mismo de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, las cuales acepto en todas sus partes. En constancia firmo a los: 19 días del mes octubre del año 2021, en la ciudad de Cali.</p>	
 FIRMA DEL ASEGURADOR	 FIRMA DEL ASEGURADO

HUELLA DIGITAL

En síntesis, el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) fue reticente en virtud de que no

declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su contrato de seguro. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que las enfermedades que el causante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, son totalmente relevantes para el asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido la **diabetes mellitus tipo 2, celulitis de otras partes de los miembros, miositis infecciosa, aumento anormal de peso, insuficiencia venosa (crónica), hipercolesterolemia pura, hiperlipidemia, lumbago, hernia umbilical, lesión de sitios contiguos del colon, neuralgia y neuritis no especificadas** con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar el fallecimiento del asegurado, para advertir que desde una valoración que se afine en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato como consecuencia de la reticencia del asegurado. La vinculación del señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) debe declararse nula, debido a que él negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual. Más aun, cuando varias de sus patologías que negó informar faltando así a la verdad, le fueron preguntadas expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

2. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA

PRECONTRACTUAL

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Tal y como se expondrá a continuación, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que, por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes. Es más, a continuación también se evidenciará, como los más altos tribunales de la Rama Judicial y la doctrina más reconocida y actualizada en el tema, han deprecado la exigencia de estos exámenes al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que estas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

En este orden de ideas, se debe iniciar abordando lo que establece la norma principal que regula la materia en cuestión. El artículo 1158 del C.Co señala, sin lugar a una interpretación diferente, que el asegurado debe cumplir con la carga de ubérrima buena fe y lealtad, y así informar a la compañía aseguradora de todos los aspectos que conforman el riesgo trasladado, so pena que se dé aplicación a las consecuencias fijadas por el artículo 1058 del C.Co. Al respecto, el artículo 1158 del Código de Comercio indica lo siguiente:

“Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar”.

En otras palabras, la norma es muy clara al (i) deprecar la obligación en cabeza de las

aseguradoras de la exigencia de examen médico y (ii) establecer que así no se practique un examen médico, de igual forma, estas compañías tienen la facultad de alegar la nulidad del contrato con base en el fenómeno de la reticencia regulado principalmente por el artículo 1058 del Código de Comercio. Es más, en una reciente providencia, la Corte Constitucional en Sentencia T-058 del 12 de febrero de 2016, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez, se refirió al tema que se viene tratando en esta contestación, de la siguiente manera:

“Así, por ejemplo, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que en su tenor literal dispone: “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 [obligación de veracidad en la declaración del tomador sobre el estado del riesgo], ni de las sanciones a que su infracción de lugar.

De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida. Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico⁸.

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a

⁸ Desde sus inicios, siguiendo a la doctrina, esta Corporación ha considerado que dicho principio constitucional es un componente fundamental del citado negocio jurídico. Así lo concibió en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: “aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.”

establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales⁹. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer¹⁰”. (Subrayado fuera del texto original)

De modo similar, la misma Corte Constitucional en otra sentencia expuso:

Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)¹¹

⁹ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

¹⁰ Desde el punto de vista económico, la ausencia de confianza entre los contratantes llevaría a que ambas partes deban incurrir en costos adicionales a través de los cuales se intente, cuando menos, morigerar la asimetría en la información que cada parte conoce, lo cual además haría lento el proceso de negociación de esta modalidad de seguro.

¹¹ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerezo Pérez.

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aun, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹², en donde estableció lo siguiente:

“De todas maneras, en lo que se refiere al «seguro de vida», el artículo 1158 id previene que «aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar».

No puede, entonces, endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el «estado del riesgo» al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».

Esto por cuanto, se reitera, el tomador está compelido a «declarar sinceramente los hechos o circunstancias» que lo determinan y los efectos adversos por inexactitud se reducen si hay «error inculpable» o se desvanecen por inadvertir el asegurador las serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquel reporta.

(...)

¹² Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

Ahora bien, no puede pasarse por alto que tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es él quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo.”
(Subrayado fuera del texto original)

Ahora bien, no sobra resaltar que la doctrina más reconocida en el tema se ha pronunciado en el mismo sentido que los fallos anteriormente expuestos, al establecer:

“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues-lo repito por la importancia del punto- ella no existe...”¹³ (subrayado fuera del texto original).

Ahora, no puede dejarse de lado lo expuesto por la jurisprudencia de constitucionalidad de la Corte Constitucional (C-232 de 1997) en donde claramente, al analizar el artículo 1058 del C.Co., explicó que la necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el

¹³ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bonae fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. (Subrayado fuera del texto original)

En resumen, para la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia y para la doctrina más reconocida, es claro que en materia de seguros de vida no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, so pena, que estas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, en vista de que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aun, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

3. PARA LA CONFIGURACIÓN DE LA NULIDAD POR RETICENCIA NO ES NECESARIO QUE EXISTA UN NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LA ENFERMEDAD OMITIDA EN LA DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD O EL DECESO DEL ASEGURADO

Esta excepción se propone para explicar el Despacho que, contrario a lo que asevera el extremo demandante, la existencia de una relación causal entre la afección preexistente y omitida por el asegurado en la declaración de asegurabilidad y la patología o enfermedad causa de la muerte de aquel no es requisito para declarar la nulidad relativa del aseguramiento, por cuanto, sin perjuicio de que la causa del lamentable fallecimiento sea completamente ajena a la enfermedad que se omitió declarar, lo que interesa para efectos de entender nulo el contrato es que se haya omitido informar tal patología por el asegurado y que ésta habría tenido tal incidencia en el aseguramiento que, de haberse conocido por la Compañía, ésta se habría retraído de emitir el seguro o habría pactado una prima más onerosa, requisitos que conforme se explicó en la excepción precedente se encuentran fehacientemente demostrados en esta controversia.

En efecto, para la configuración de la reticencia, consagrada en el Art. 1058 de C. Co., no es necesario que los riesgos, enfermedades o patología que el Asegurado omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total y permanente según sea el caso; ello resulta completamente indiferente para que se entienda materializada la nulidad. La H. Corte constitucional, en la Sentencia de constitucionalidad C- C-232 de 1997, anteriormente mencionada, fue palmariamente clara al explicar lo siguiente:

*“(…) con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. **La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador.** En este sentido, el profesor Ossa escribió: “Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato.” (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336) (...)”¹⁴ (Negrita y sublínea por fuera del texto original).*

Ciertamente, tal y como lo expone la H. Corte Constitucional, para efectos de anular el

¹⁴ CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia de constitucionalidad C- C-232 de 1997. M.P. Dr. Jorge Arango Mejía.

contrato de seguro en los términos del Art. 1058 del C. Co., **NO es necesario acreditar una relación de causalidad entre el acaecimiento del evento asegurado y la enfermedad objeto de la reticencia**, toda vez que lo que se debe analizar es la posición de la Compañía Aseguradora al inicio de la relación contractual, lo que significa que, únicamente se debe probar es que el consentimiento estuvo viciado como consecuencia del error en el riesgo que se creyó estar asegurando, se presentó y se demostró en este caso, como es apenas evidente a través de la lectura de la Historia Clínica, y de la declaración de asegurabilidad suscrita por el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) el 19 de octubre del 2021.

La parte accionante equivocadamente, además de exigir a mi mandante la práctica de actuaciones que no son de su resorte (en virtud de la aplicación de la buena fe), circunscribe la configuración de la nulidad relativa por reticencia a la existencia de un nexo causal que resulta a todas luces prescindible en estos escenarios. La reticencia, como bien lo indicó en la Sentencia T-222 de 2014 de la H. Corte constitucional “(…) *significa la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato* (...)”, es decir, la que se cristaliza con la disparidad entre lo que se declara y lo que obedece a la realidad; por lo que lo único que resulta trascendente probar para afirmar concretada la nulidad por reticencia es dicha distinción, y no, como equivocadamente lo manifiesta el extremo actor, una relación causal entre lo omitido y la materialización del riesgo (la muerte).

En conclusión, ante este panorama, no le asiste razón al argumento de la parte actora frente a este particular del nexo de causalidad para declarar el incumplimiento, toda vez que, se itera, independientemente de que la causa del lamentable fallecimiento sea plenamente extraña a la enfermedad que se omitió declarar, lo que interesa para efectos de entender nulo el contrato es que se haya omitido informar tal patología por el asegurado y que ésta habría tenido tal incidencia en el aseguramiento que, de haberse conocido por la Compañía, ésta se habría retraído de emitir el seguro o habría pactado una prima más onerosa,

requisitos que se encuentran fehacientemente demostrados en esta controversia de cara a la confrontación de los antecedentes médicos del señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) y el formato de solicitud del seguro en el que se encuentra inserta la declaración de asegurabilidad diligenciada y suscrita el día 19 de octubre del 2021 por el asegurado, en el que se advierte sin dificultad que aquel fue reticente y no proporcionó información verídica y actual de su condición de salud, omitiendo informar la preexistencia de **diabetes mellitus tipo 2, celulitis de otras partes de los miembros, miositis infecciosa, aumento anormal de peso, insuficiencia venosa (crónica), hipercolesterolemia pura, hiperlipidemia, lumbago, hernia umbilical, lesión de sitios contiguos del colon, neuralgia y neuritis no especificadas**, las cuales padecía desde antes incluso del año 2021. Enfermedades que, por su gravedad, incidían relevantemente en el riesgo que se estaba trasladando a mi mandante y que por lo tanto debían ser informados, y no haberlo hecho, vició el consentimiento de mi prohijada y, por ende, afectó de nulidad los aseguramientos.

De tal suerte, las pretensiones de la demanda necesariamente están llamadas al fracaso, por lo que solicito respetuosamente al H. Despacho declarar probada esta excepción, y ordene negar las pretensiones de la demanda.

4. LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

Resulta fundamental confirmarle al despacho que la prueba de la mala fe no es un requisito sine qua non para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente deberá acreditar que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que, si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de

seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas.

Al respecto, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha sido muy clara al explicar lo siguiente:

“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...) 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinciones, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro”.¹⁵ (negrilla y subrayas fuera del texto)”.

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente

¹⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, MP Fernando Giraldo Gutiérrez, radicación No 05001-31-03-003-2008-00034-01.

Fernando Giraldo Gutiérrez 17, expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

“Y la falta de rúbrica en la declaración no quiere decir que se acoja el riesgo sin ella, aceptando «al "asegurado" sin ninguna restricción en cuanto a problemas en su salud», ya que en virtud del principio de la buena fe contractual el «candidato a tomador» asume las consecuencias «adversas frente a las inexactitudes o reticencias en que haya incurrido al momento de hacer su declaración, aun cuando se haya sujetado a un cuestionario respecto del cual ha faltado su firma».”

En otras palabras, la buena fe es una carga que se predica del asegurado en el momento de declarar el estado del riesgo que se busca trasladar a la aseguradora. Desde ningún punto de vista puede llegarse a entender, que, para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro, debe la compañía de seguros probar un requisito que no es exigido legalmente, esto es, no deberá acreditar la mala fe del asegurado. Es más, la Corte Constitucional de Colombia, en sentencia C-232 de 1997, que es la providencia que se pronuncia acerca de la constitucionalidad del artículo 1058 del C. Co., ilustra en este sentido que la buena fe es una carga que recae principalmente en el asegurado durante la etapa precontractual.

“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que

*inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio**". (Subrayado y Negrita fuera del texto original)*

Ahora, si bien se tiene conocimiento de pronunciamientos constitucionales frente a la carga de la prueba de la mala fe, debe entenderse que en estos se está cometiendo un yerro, en la medida que la buena fe es exigible del asegurado en el momento precontractual de la declaración del estado del riesgo, y no cuando la aseguradora se encuentra demostrando la reticencia del contrato de seguro.

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de este último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C. Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la

celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

5. ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que el despacho tenga en cuenta que en el presente caso hay lugar a dar aplicación al artículo 1059 del Código de Comercio. En otras palabras, la norma previamente señalada, establece que en el evento que el contrato de seguro sea declarado nulo como consecuencia de un evento de reticencia, la aseguradora tiene la facultad de retener la totalidad de las primas a título de pena. En este caso, como quedó plenamente acreditado, el contrato de seguro No. 4.660.882.856 en el cual figuraba como asegurado el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.), debe ser declarado nulo por la reticencia en la que incurrió el asegurado al haber omitido a la aseguradora su diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2, celulitis de otras partes de los miembros, miositis infecciosa, aumento anormal de peso, insuficiencia venosa (crónica), hipercolesterolemia pura, hiperlipidemia, lumbago, hernia umbilical, lesión de sitios contiguos del colon, neuralgia y neuritis no especificadas, antes de la suscripción de la declaración de asegurabilidad del 19 de octubre de 2021.

La norma establece:

“ARTÍCULO 1059. <RETENCIÓN DE LA PRIMA A TÍTULO DE PENA>. Rescindido el contrato en los términos del artículo anterior, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena”.

En conclusión, dado que el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Es claro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

6. GENÉRICA, INNOMINADA Y OTRAS

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, que se origine en la Ley en virtud de lo reglado en el artículo 282 del Código General del Proceso.

EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

1. AUSENCIA DE COBERTURA MATERIAL POR CONFIGURACIÓN DE UNA EXCLUSIÓN DE COBERTURA DE LA PÓLIZA No. 4.660.882.856

Se propone la presente excepción de manera subsidiaria y sólo en el remoto e improbable escenario en que no prosperen las excepciones anteriores, ya que dentro del contrato de seguro No. 4.660.882.856 se pactó de manera expresa la siguiente exclusión de cobertura: *“(...) las preexistencias que no hayan sido autorizadas previamente por la aseguradora, y en atención a lo previsto en el artículo 1058 del Código de Comercio”*. Se recuerda que, de acuerdo a lo hechos narrados en la demanda y todos sus anexos, además de lo alegado antes, el asegurado HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual y ninguna de ellas fue autorizada por la aseguradora, además, se configuró de manera evidente el fenómeno de la reticencia, contemplado en el art. 1058 del Código de Comercio.

Se debe precisar que, según el Código de Comercio, el seguro es un contrato de tipo consensual, según el cual el asegurador podrá a su arbitrio, asumir y excluir riesgos, de acuerdo a las condiciones particulares, a saber: *“(...) ARTÍCULO 1056. <ASUNCIÓN DE RIESGOS>. Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado (...)”*.

Así como en el contrato de seguro el asegurador asume el traslado de riesgos y que por su configuración nace la obligación indemnizatoria, a su vez, el asegurador también pacta exclusiones, esto es, aquellos riesgos, situaciones o eventos que no están amparadas en el contrato y, por lo tanto, el asegurador no está en la obligación indemnizatoria propia del acuerdo aseguraticio. Es por lo anterior que la Corte Suprema de Justicia, se ha pronunciado en diferentes oportunidades sobre las exclusiones, así:

“(...) En efecto, al amparo del artículo 1056 del Código de Comercio, las partes pueden pactar –lícitamente– ciertas circunstancias o condiciones preestablecidas que se mantengan exceptuadas del aseguramiento, acotando así los riesgos de la

cosa, el patrimonio o el individuo asegurado (según se trate de seguros reales, patrimoniales o de personas) que se obliga a asumir el asegurador.

Dentro de esa tipología de convenciones se encuentran las exclusiones de cobertura, esto es, supuestos fácticos que “siendo origen del evento dañoso o efecto del mismo, no obligan la responsabilidad del asegurador”, frente a las cuales la Corte ha tenido oportunidad de puntualizar lo siguiente:

“El asegurador puede delimitar a su talante el riesgo que asume, sea circunscribiéndolo por circunstancias de modo, tiempo y lugar, que de no cumplirse impiden que se configure el siniestro, ora precisando ciertas circunstancias causales o ciertos efectos que, suponiendo realizado el hecho delimitado como amparo, queden sin embargo excluidas de la protección que promete por el contrato. Son estas las llamadas exclusiones (CSJ SC, 7 oct. 1985, sin publicar). ”. (CSJ, Cas. Civil, Sent. SC3839-2020/2015-00968, oct. 13/2020, Rad. 05001-31-03-007-2015-00968-01. M.P. Luis Alonso Rico Puerta) (...)”



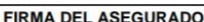
Dentro de la póliza No. 4.660.882.856 se establecieron los parámetros que enmarcan la obligación condicional que contrajo mi representada y delimitan la extensión del riesgo asumido por ella. En efecto, en ella se refleja la voluntad de los contratantes al momento de celebrar el contrato, definen de manera explícita las condiciones del negocio asegurativo e incorporan en la póliza determinadas barreras cualitativas que eximen al asegurador a la prestación señalada en el contrato, las cuales se conocen generalmente como exclusiones de la cobertura. Es por ello que, en el caso particular, se pactaron una serie de exclusiones tal como se evidencia en la siguiente imagen tomada de la página 3 de la carátula y las condiciones generales de la póliza:

10. EXCLUSIONES:

10.1 EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO

El amparo básico de muerte se otorga sin exclusiones, **con excepción de las preexistencias que no hayan sido autorizadas previamente por la aseguradora, y en atención a lo previsto en el artículo 1058 del Código de Comercio.**

De manera concreta, en el pacto asegurador, se excluyó el evento en que el asegurado tenga preexistencias que no hayan sido autorizadas por la aseguradora y, además, tampoco se ampara el evento, por lógico que parezca, de una reticencia en la que incurra el asegurado. Ahora bien, revisando el caso particular, es importante reiterar que la aseguradora de ninguna manera autorizó ninguna preexistencia del asegurado, pues él mismo indicó que no tenía ninguna:

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO, CONSTANCIA DE ASESORIA Y FIRMA		
<p>Habiendo leído, comprendido y aceptado todo lo indicado en este certificado, firmo el presente documento con la huella que extiendo en el lector biométrico para efectos mi huella personal es el signo o símbolo que empleo como firma. Autorizo a Giros y Finanzas C.F. S.A. debitar de mi cuenta de ahorros, corriente, cargar a mi tarjeta de crédito o cupo rotativo de la entidad como en aquellos productos que yo posea en el sector financiero, el valor de la prima correspondiente a la emisión inicial y en la renovación de la póliza contratada hasta cuando yo decida y comunique a Giros y Finanzas C.F. S.A. que no deseo renovar la póliza. Así mismo manifiesto que me han explicado, he recibido y comprendido a cabalidad el presente certificado y las condiciones del mismo de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, las cuales acepto en todas sus partes. En constancia firmo a los: 19 días del mes octubre del año 2021, en la ciudad de Cali.</p>		
 FIRMA DEL ASEGURADOR	 FIRMA DEL ASEGURADO	

Es evidente que se configura a plenitud la exclusión alegada por cuanto concurren todos los elementos que precisamente fueron excluidos dentro del contrato de seguro contenido en la póliza No. 4.660.882.856, ya que el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual y ninguna de ellas fue autorizada por

la aseguradora, pues ni siquiera las conocía. Todos los elementos anteriores configuran una exoneración de afectación del contrato de seguro plurimencionado, pues recordemos lo siguiente:

“(…) Quien celebra un negocio jurídico en virtud de la autonomía privada está creando una nueva relación jurídica, que no existía aún. […] La autonomía privada únicamente tiene sentido desde el derecho, como la posibilidad de crear, modificar o extinguir relaciones y normas jurídicas. […] Se trata de un poder normativo, es decir, una potestad de crear normas jurídicas y la autonomía de la voluntad es la fuente de que ellas se derivan (…)”¹⁶

Así las cosas, se advierte que, si en gracia de discusión se accediera a las pretensiones de la demanda, los hechos objeto de litigio configuran una causal de exclusión de cobertura expresamente concertada en el mentado contrato de seguro.

En conclusión, no se puede afectar el contrato de seguro No. 4.660.882.856 porque se configura una causal expresa de exclusión, ya que el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual y ninguna de ellas fue autorizada por la aseguradora, pues ni siquiera las conocía.

Por lo anterior, solicito respetuosamente, se declare probada esta excepción.

2. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de

¹⁶Castro, Marcela. (2009) Derecho de las Obligaciones. Tomo I. Universidad de los Andes. Págs. 319-320

responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización a los beneficiarios, esto es, a los demandantes, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares del aseguramiento.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

**V. MEDIOS DE PRUEBA SOLICITADOS Y APORTADOS POR ASEGURADORA
SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.¹⁷**

Solicito a este honorable despacho se sirva decretar y tener como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES.

- Certificado de la Póliza Vida Grupo No. 4.660.882.856, el cual contiene la declaración de asegurabilidad suscrita por el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) el día 19 de octubre de 2021 y las condiciones de la póliza vida grupo.
- Clausulado general de la póliza de seguro vida en grupo.
- Comunicación (OBJECCIÓN) remitida por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. el 30 de marzo de 2022.
- Comunicación (RATIFICACIÓN OBJECCIÓN) remitida por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. el 12 de mayo de 2022.
- Historia Clínica emitida por Hospital Susana López de Valencia E.S.E.
- Historia Clínica emitida por E.P.S. Sanitas S.A.S.
- Historia Clínica emitida por Clínica La estancia S.A.

¹⁷ Código General del Proceso, artículo 96 numeral 4.

2. INTERROGATORIO DE PARTE.

A. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a los demandantes y que sean mayores de edad, NILSON FABIÁN POLINDARA HIDALGO, PAOLA ANDREA POLINDARA HIDALGO, JUAN DAVID LÓPEZ POLINDARA y DANIEL FABIÁN POLINDARA VERGARA, en su calidad de demandantes, a fin de que contesten el cuestionario que se les formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y, en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. Los demandantes podrán ser citados en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

B. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante legal de GIROS & FINANZAS COMPAÑÍA DE FINANCIAMIENTO S.A. o quien haga sus veces, en su calidad de demandado, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y, en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El demandado podrá ser citado en la dirección de notificación relacionada en su contestación.

3. DECLARACIÓN DE PARTE.

Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.** para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y, especialmente, para exponer y aclarar los amparos, ausencias de cobertura, exclusiones, términos y condiciones de la Póliza Vida Grupo No. 4.660.882.856.

4. TESTIMONIALES.

A. Siguiendo lo preceptuado por los artículos 208 y siguientes del Código General del Proceso, solicito al señor Juez se sirva decretar la práctica del testimonio de la Dra. **MARIA CAMILA AGUDELO ORTIZ**, quien tiene domicilio en la ciudad de Bogotá y puede ser citada en la Calle 22D No. 72-38 de la ciudad de Bogotá y correo electrónico camilaortiz27@gmail.com para que declare sobre las condiciones generales y particulares de la Póliza Vida Grupo No. 4.660.882.856, los límites pactados, los deducibles concertados, las exclusiones, los amparos concertados, la disponibilidad de las sumas aseguradas, las solicitudes presentadas ante la compañía, sus respuestas y sobre los demás aspectos que resulten relevantes al presente proceso judicial, y en general sobre lo referido en las excepciones propuestas en este escrito.

B. **CATALINA GONZÁLEZ ARIZA**, quien analizó la historia clínica del señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) a solicitud de la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa para elevar concepto médico sobre la historia clínica del causante. La señora GONZÁLEZ ARIZA se puede ubicar en el correo electrónico mpinzon@solidaria.com.co

C. Médico **JESÚS MAURICIO PINZÓN**, quien analizó la historia clínica del señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) a solicitud de la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa para elevar concepto médico con ocasión a la solicitud presentada por los demandantes. El médico Jesús Mauricio Pinzón se puede ubicar en el correo electrónico mpinzon@solidaria.com.co

5. DICTAMEN PERICIAL.

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el litigio: **(i)** Que, de haber conocido ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C., las patologías del señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar

condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará cómo el antecedente médico que omitió informar el señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) era absolutamente indispensable para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía; **(ii)** En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues con esta prueba se acreditará la relevancia técnica y medica que revestían los antecedentes médicos que no declaró con sinceridad el Asegurado. En otras palabras, con la prueba pericial se demostrarán los supuestos de hecho que en los términos del artículo 1058 del C. Co. son indispensables para anular el contrato de seguro materia del presente litigio. Especialmente, se hará énfasis en acreditar, con el cumplimiento total de los requisitos jurisprudenciales, la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: *“Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días”*. Comedidamente se le solicita al despacho un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte demandante. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

6. INTERVENCIÓN EN DOCUMENTALES Y TESTIMONIOS.

Con el objeto de probar los hechos materia de las excepciones de mérito, nos reservamos el derecho de contradecir las pruebas documentales presentadas al proceso y participar en la práctica de las testimoniales que lleguen a ser decretadas, así como del correspondiente interrogatorio de parte e intervenir en las diligencias de ratificación y otras pruebas solicitadas.

VI. ANEXOS

- Documentos relacionados en el acápite de pruebas.
- Poder especial que me faculta para actuar.
- Certificado de existencia y representación legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. expedido por la Cámara de Comercio y por la Superintendencia Financiera de Colombia.

VII. NOTIFICACIONES¹⁸

Por la parte actora serán recibidas en el lugar indicado en su escrito de demanda. Por los demás demandados donde indiquen en sus respectivas contestaciones.

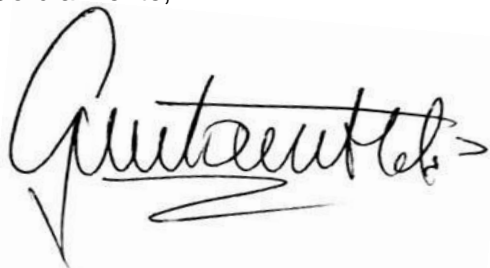
Por mi representada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C., se recibirán notificaciones en la Cl 100 No. 9A - 45 P 12 de la ciudad de Bogotá D.C. Dirección electrónica: notificaciones@solidaria.com.co

Por parte del suscrito se recibirán notificaciones en la Secretaría de su despacho o en la

¹⁸ Código General del Proceso, artículo 96 numeral 5.

Avenida 6A Bis No. 35N-100, Centro Empresarial Chipichape, Oficina 212 de la ciudad de Cali. Dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA.

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D.C.

T.P. No. 39.116 del C. S. de la J.

RV: CAL08923 - PODER

Notificaciones <notificaciones@solidaria.com.co>

Mar 11/07/2023 7:58

Para:Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

CC:ADRIANA ELIZABETH TOVAR BUSTOS <adtovar@solidaria.com.co>

 2 archivos adjuntos (102 KB)

CAL08923.pdf; certificado.pdf;

Señores

JUZGADO 1 CIVIL MUNICIPAL**Popayán**

Referencia:

**RADICADO:
DEMANDANTE.
DEMANDADO.****2023000422****PAOLA ANDREA POLINDARA HIDALGO
ASEGURADORA SOLIDARIA**

MARIA YASMITH HERNANDEZ MONTOYA, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía número **38.264.817** de **Ibague**, obrando en mi calidad de Representante Legal Judicial de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, debidamente constituida, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, tal como consta en el certificado expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, adjunto, manifiesto a Usted que confiero **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** al doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**, identificado como aparece al pie de su firma, para que en nombre de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** se notifique y asuma la defensa de la Compañía dentro del proceso de la referencia.

El doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**, queda expresamente facultado para notificarse, recibir, interponer recursos, conciliar, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar y en general para adelantar cualquier diligencia que sea necesaria para dar fiel cumplimiento al presente mandato en defensa de nuestros legítimos derechos e intereses, quien recibe notificaciones en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co

Así mismo confirmamos que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, recibe notificaciones en la dirección de correo electrónico notificaciones@solidaria.com.co

Cordialmente,

MARIA YASMITH HERNANDEZ MONTOYA**C. C. No. 38.264.817 de Ibague**

Representante Legal Judicial

Acepto el poder,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**C. C. No. 19.395.114 de****T. P. No. 39116****CAL08923**

Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa

Este mensaje es confidencial, esta amparado por secreto profesional y no puede ser usado ni divulgado por personas distintas de su(s) destinatario(s). Si recibió esta transmisión por error, por favor avise al remitente. Este mensaje y sus anexos han sido sometidos a programas antivirus y entendemos que no contienen virus ni otros defectos. En todo caso, el destinatario debe verificar que este mensaje no esta afectado por virus y por tanto Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa no es responsable por daños derivados del uso de este mensaje.

This message is confidential, subject to professional secret and may not be used or disclosed by any person other than its addressee(s). If received in error, please contact the sender. This message and any attachments have been scanned and are believed to be free of any virus or other defect.

However, recipient should ensure that the message is virus free. Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa is not liable for any loss or damage arising from use of this message.

Ya visitó <https://www.solidaria.com.co> ?

Señores
JUZGADO 1 CIVIL MUNICIPAL
Popayán

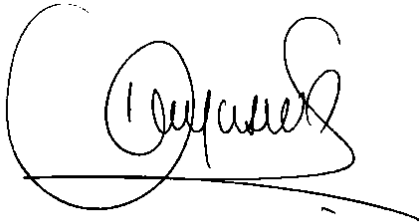
Referencia:	RADICADO:	2023000422
	DEMANDANTE.	PAOLA ANDREA POLINDARA HIDALGO
	DEMANDADO.	ASEGURADORA SOLIDARIA

MARIA YASMITH HERNANDEZ MONTOYA, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía número **38.264.817** de **Ibague**, obrando en mi calidad de Representante Legal Judicial de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, debidamente constituida, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, tal como consta en el certificado expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, adjunto, manifiesto a Usted que confiero **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** al doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**, identificado como aparece al pie de su firma, para que en nombre de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** se notifique y asuma la defensa de la Compañía dentro del proceso de la referencia.

El doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**, queda expresamente facultado para notificarse, recibir, interponer recursos, conciliar, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar y en general para adelantar cualquier diligencia que sea necesaria para dar fiel cumplimiento al presente mandato en defensa de nuestros legítimos derechos e intereses, quien recibe notificaciones en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co

Así mismo confirmamos que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, recibe notificaciones en la dirección de correo electrónico notificaciones@solidaria.com.co

Cordialmente,



MARIA YASMITH HERNANDEZ MONTOYA
C. C. No. **38.264.817** de **Ibague**
Representante Legal Judicial

Acepto el poder,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA
C. C. No. 19.395.114 de
T. P. No. 39116

CAL08923

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 2439997474213611

Generado el 04 de julio de 2023 a las 10:50:39

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

EL SECRETARIO GENERAL

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

NIT: 860524654-6

NATURALEZA JURÍDICA: Entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 0064 del 18 de enero de 1985 de la Notaría 32 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación de SEGUROS UCONAL LIMITADA.

Escritura Pública No 3098 del 31 de julio de 1989 de la Notaría 18 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por la de SEGUROS UCONAL SOCIEDAD COOPERATIVA LTDA.

Escritura Pública No 4201 del 17 de octubre de 1991 de la Notaría 20 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por la de SEGUROS UCONAL.

Escritura Pública No 3296 del 16 de noviembre de 1993 de la Notaría 41 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por la de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA "SOLIDARIA"

Escritura Pública No 1628 del 19 de julio de 2004 de la Notaría 43 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). El domicilio principal será en Bogotá D.C.

Escritura Pública No 420 del 09 de marzo de 2007 de la Notaría 43 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Es una institución auxiliar del cooperativismo, de carácter Nacional, especializada en la actividad aseguradora, sin ánimo de lucro, de responsabilidad limitada, de número de ley, con patrimonio variable e ilimitado.

Escritura Pública No 01779 del 24 de julio de 2013 de la Notaría 43 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). El domicilio principal de SOLIDARIA es Bogotá Distrito Capital, República de Colombia, sin perjuicio de constituir Agencias y Sucursales dentro y fuera del país. Es una entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro, modifica su razón social de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA por la de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 2402 del 30 de junio de 1988

REPRESENTACIÓN LEGAL: El Presidente Ejecutivo de SOLIDARIA, además de Representante Legal, será el Primer Ejecutivo de SOLIDARIA, será el ejecutor de las decisiones de la Junta de Directores y de la Asamblea General, y el responsable directo de la administración de SOLIDARIA. **FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL PRESIDENTE EJECUTIVO.** Las funciones y responsabilidades del Presidente Ejecutivo de SOLIDARIA son las siguientes: 1. Planear, organizar, ejecutar y controlar la administración de SOLIDARIA, así como supervisar y controlar todos los negocios y operaciones de SOLIDARIA. 2. Ejercer la Representación Legal de



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 2439997474213611

Generado el 04 de julio de 2023 a las 10:50:39

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

SOLIDARIA y, en tal virtud, celebrar los contratos y operaciones propias de su objeto social y que se relacionen directamente con la existencia y funcionamiento de SOLIDARIA, y llevar la Representación Judicial y Extrajudicial de SOLIDARIA. 3. Autorizar el desembolso de fondos de acuerdo con los negocios propios de la actividad aseguradora. 4. Ordenar los gastos y desembolsos de recursos, de acuerdo con el presupuesto aprobado por la Junta de Directores. 5. Nombrar la planta de empleados que conforma la estructura administrativa de SOLIDARIA aprobada por la Junta de Directores, asignar las funciones y fijar las remuneraciones, de acuerdo con la escala salarial. 6. Representación judicial y extrajudicial a SOLIDARIA, y conferir poderes especiales y generales. 7. Informar mensualmente a la Junta de Directores sobre el estado de SOLIDARIA. 8. Solicitar la convocatoria extraordinaria de la Junta de Directores, cuando lo juzgue necesario. 9. Solicitar la convocatoria extraordinaria de la Junta de Directores, cuando lo juzgue necesario; 10. Preparar el informe de gestión para presentar a la Asamblea General. 11. Autorizar la apertura de las cuentas bancarias y de ahorros. 12. Todas las demás que se deriven de su cargo o que le sean asignadas por la Junta de Directores. REPRESENTACIÓN LEGAL. En adición al Presidente Ejecutivo, la Representación Legal de SOLIDARIA estará en cabeza de los demás Representantes Legales que designe la Junta de Directores. PARÁGRAFO. Para asuntos Judiciales la Representación Legal de SOLIDARIA la tendrán además de los Representantes Legales, los Representantes Legales Judiciales que designe la Junta de Directores, quienes tendrán funciones de representar a la compañía en actuaciones judiciales y audiencias que se surtan ante las autoridades jurisdiccionales, administrativas, policivas y entidades del sector central descentralizadas del estaso. Especialmente, los representantes legales judiciales tendrán las facultades de constituir apoderados judiciales, representar a la compañía en las audiencias de conciliaciones judiciales, extrajudiciales, para absolver interrogatorios de parte, para recibir notificaciones, tanto ante autoridades jurisdiccionales, administrativas, policiva, así como entidades del sector central y descentralizadas. (Escritura Pública 01779 del 24 de julio de 2013 Notaria 43 de Bogotá D.C.). REGLAMENTO DE ATRIBUCIONES DE LOS REPRESENTANTES LEGALES: ARTICULO SEGUNDO: los demás Representantes Legales, de que trata el artículo primero de éste reglamento, cuentan con las mismas atribuciones de representación legal que las del Presidente Ejecutivo de Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa; señaladas en el artículo 66 del actual cuerpo estatutario. (oficio 2013092496 del 21 de octubre de 2013)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Francisco Andrés Rojas Aguirre Fecha de inicio del cargo: 01/11/2021	CC - 79152694	Presidente Ejecutivo
José Iván Bonilla Pérez Fecha de inicio del cargo: 17/01/2019	CC - 79520827	Representante Legal
Nancy Leandra Velásquez Rodríguez Fecha de inicio del cargo: 12/03/2020	CC - 52032034	Representante Legal
Claudia Patricia Palacio Arango Fecha de inicio del cargo: 01/09/2022	CC - 42897931	Representante Legal
Maria Yasmyth Hernández Montoya Fecha de inicio del cargo: 28/07/2011	CC - 38264817	Representante Legal Judicial
Juan Pablo Rueda Serrano Fecha de inicio del cargo: 28/07/2011	CC - 79445028	Representante Legal Judicial

RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, Corriente débil, Estabilidad y calidad de la vivienda nueva, Incendio, Manejo, Vidrios, Terremoto, Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, Sustracción y Cooperativo de vida

Resolución S.B. No 1335 del 29 de abril de 1993 Responsabilidad civil

Resolución S.B. No 868 del 09 de mayo de 1994 Cumplimiento

Resolución S.B. No 1893 del 02 de septiembre de 1994 Transporte



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 2439997474213611

Generado el 04 de julio de 2023 a las 10:50:39

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

Resolución S.B. No 2565 del 23 de noviembre de 1994 Montaje y rotura de maquinaria, Todo riesgo contratista, Accidentes personales

Resolución S.B. No 2127 del 01 de octubre de 1998 Salud

Resolución S.B. No 636 del 13 de junio de 2002 Exequias

Resolución S.B. No 1067 del 19 de septiembre de 2002 Enfermedades de Alto Costo

Resolución S.B. No 1408 del 09 de diciembre de 2002 cancela el ramo de SOAT

Resolución S.B. No 230 del 11 de marzo de 2003 Vida grupo

Resolución S.F.C. No 0794 del 11 de mayo de 2006 Lucro Cesante

Resolución S.F.C. No 1458 del 30 de agosto de 2011 se revoca la autorización concedida a Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda. Entidad Cooperativa para operar el ramo de seguros de Enfermedades de alto costo

Resolución S.F.C. No 1194 del 28 de junio de 2013 Seguros de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito SOAT

Resolución S.F.C. No 1577 del 23 de agosto de 2013 autorizado para operar el ramo de Seguro de Desempleo

Resolución S.F.C. No 0842 del 03 de julio de 2019 autoriza para operar el ramo de seguro de Navegación y Casco

Oficio No 2022116107-005 del 29 de junio de 2022 autoriza para operar el ramo de Seguro Decenal



**NATALIA CAROLINA GUERRERO RAMÍREZ
SECRETARIA GENERAL**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."



CONDICIONES PÓLIZA VIDA GRUPO	
<p>1. OBJETO DEL SEGURO:Amparar contra el riesgo de muerte por cualquier causa, incapacidad total y permanente, enfermedades graves, renta diaria por hospitalización, auxilio funerario y auxilio por canasta a cada uno de los miembros del grupo asegurado.</p>	<p>Los trasplantes cubiertos en la presente póliza son los que se realizan sobre los siguientes órganos:</p> <ul style="list-style-type: none">- De corazón: Por cardiomiopatía, insuficiencia cardiaca descompensada, enfermedad coronaria del corazón, defecto valvular.- De pulmón: Por mucoviscidosis, fibrosis pulmonar, enfisema pulmonar, hipertensión pulmonar.- De hígado: Por cirrosis hepática, carcinoma de célula hepática, insuficiencia hepática aguda debida a intoxicación.- De páncreas: Por diabetes mellitus tipo I.
<p>2. TOMADOR:GIROS Y FINANZAS COMPAÑÍA DE FINANCIAMIENTO S.A.</p>	
<p>3. GRUPO ASEGURADO Podrán actuar como asegurados los clientes del tomador que voluntariamente deseen adquirir la póliza y hagan el respectivo pago de la prima de seguro.</p>	<p>NOTA: El trasplante de todos los demás órganos, parte de órganos o el trasplante de cualquier otro tejido están excluidos.</p> <p>Para cualquier proceso de indemnización por trasplante de órganos, es condición indispensable que se cumplan en todas y cada una de sus partes, las disposiciones de las leyes vigentes de trasplantes de órganos.</p>
<p>4. BENEFICIARIOS: Para el amparo básico muerte, auxilio funerario y canasta los beneficiarios serán los designados por el asegurado o en su defecto los de ley. para los demás amparos el beneficiario será el mismo asegurado.</p>	
<p>5. VIGENCIA INDIVIDUAL DEL SEGURO La vigencia individual del seguro iniciará a las 23:59 horas del día de la adquisición de la póliza; siempre y cuando se hayan cumplido los requisitos de asegurabilidad.</p>	<p>G. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Diagnóstico clínico incuestionable de enfermedad de alzheimer (demencia pre-senil) antes de la edad de 66 años y emitido por un especialista en neurología y confirmado por hallazgos característicos en las pruebas de neuroimagen (tac, rmn, pet cerebral) la enfermedad debe producir como resultado una incapacidad permanente de realizar de manera independiente cuatro o más actividades de la vida diaria.</p>
<p>6. AMPAROS: 6.1 MUERTE POR CUALQUIER CAUSA Ampara contra el riesgo de muerte a cada uno de los miembros del grupo asegurado, incluye homicidio y suicidio desde el primer día de vigencia del seguro y sida diagnosticado dentro de la vigencia de la póliza.</p>	<p>H. QUEMADURAS GRAVES O GRAN QUEMADO Quemaduras de tercer grado que cubran al menos un 20% de la superficie corporal del asegurado. El diagnóstico debe ser confirmado por especialista en cirugía plástica y evidenciado por los métodos convencionales para establecer áreas corporales quemadas.</p>
<p>6.2 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Se entiende por Incapacidad Total y Permanente, la sufrida por el asegurado por un accidente o enfermedad ocurrido y/o manifestado estando asegurado bajo el presente amparo y que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que por vida impidan a la persona desempeñar todas las ocupaciones o empleos remunerados. La incapacidad total y permanente, debe ser calificada de acuerdo con lo estipulado por la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, esta debe ser igual o superior al 50%, siempre y cuando el evento generador de la misma, se produzca dentro de la vigencia de la póliza.</p>	<p>I. ANEMIA APLÁSICA Diagnóstico incuestionable de falla en la médula ósea confirmado por especialista en hematología y demostrado a través del resultado de biopsia en la médula ósea.</p> <p>La enfermedad debe ocasionar simultáneamente anemia, neutropenia y trombocitopenia que obliguen al menos a uno de los siguientes tratamientos:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Transfusión de derivados de la sangreb. Estimulantes de la médula óseac. Agentes inmunosupresoresd. trasplante de médula ósea
<p>NOTA: Esta cobertura no es acumulable al básico de vida y por lo tanto una vez paga la indemnización cesa la obligación de la aseguradora.</p> <p>El seguro de vida grupo terminará para cada asegurado una vez que se afecten las coberturas de muerte por cualquier causa o incapacidad total y permanente.</p>	<p>J. ESCLEROSIS MÚLTIPLE Diagnóstico incuestionable formulado por especialista en neurología de por lo menos dos episodios de síntomas característicos de desmielinización, anomalidades neurológicas permanentes acompañado de deterioro funcional con una duración continúa no inferior a seis meses y que hayan sido documentados por técnicas modernas de neuroimagen. El diagnóstico deberá ser ratificado cumplidos los seis (6) meses posteriores a la ocurrencia del primer episodio.</p>
<p>6.3 ENFERMEDADES GRAVES Si al asegurado durante la vigencia de este amparo se le diagnostica cualquiera de las siguientes enfermedades en las condiciones descritas en la póliza, la aseguradora pagará al asegurado el valor contratado:</p>	<p>K. TRAUMA MAYOR DE LA CABEZA Trauma mayor de la cabeza con deterioro de la función cerebral que debe ser confirmado por especialista en neurología y demostrado por hallazgos característicos en las pruebas de neuroimagen (tac, resonancia magnética cerebral) dicho trauma debe provocar una incapacidad permanente para realizar de manera independiente cuatro o más actividades de la vida diaria.</p>
<p>A. CANCER Enfermedad provocada por la aparición de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento descontrolado y la diseminación de las células malignas y la invasión de los tejidos normales. Se incluye en esta definición las leucemias, los linfomas, la enfermedad de Hodgkin y el melanoma maligno.</p>	<p>L. ENFERMEDAD DE PÁRKINSON Diagnóstico incuestionable de enfermedad de parkinson primaria (todas las demás formas de parkinsonismo están excluidas) emitido por un especialista en neurología. Dicha enfermedad debe provocar incapacidad permanente para realizar cuatro o más actividades de la vida diaria.</p>
<p>B. INFARTO AL MIOCARDIO Se define como la muerte de una parte del músculo cardíaco, ocasionada por una brusca reducción del flujo sanguíneo coronario. Este diagnóstico debe sustentarse en la presencia de dolores precordiales, alteraciones recientes del electrocardiograma y aumento de las enzimas cardíacas.</p>	<p>M. ESTADO DE COMA Estado severo de pérdida de conciencia con total ausencia de reacción a estímulos externos o internos requiriendo de manera continua el uso de sistemas de soporte vital (respirador, inotropia, alimento parenteral) por un período mínimo de 96 horas y resultando en un déficit neurológico permanente. El diagnóstico deberá ser confirmado por especialista y el déficit neurológico debe ser documentado por lo menos durante tres meses.</p>
<p>C. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Disminución de la capacidad renal para excretar desechos nitrosos, con la consecuente retención de productos nitrogenados ocasionada por múltiples causas. Llevar al asegurado a la práctica regular e indefinida de diálisis peritoneal o hemodiálisis y en casos extremos a la recepción de un trasplante renal.</p>	<p>NOTA: La suma asegurada para el amparo de enfermedades graves será independiente de la suma asegurada para el amparo básico de vida. Periodo de carencia para el amparo de enfermedades graves es de 90 días.</p>
<p>D. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR Se define como la muerte de tejido cerebral, debido a una disminución del flujo sanguíneo cerebral, que se manifiesta por un déficit neurológico de severidad variable, demostrable además con alteración permanente de pruebas de función neurológica. Pruebas que deberán ser realizadas por un neurólogo después de transcurridas como mínimo seis (6) semanas de ocurrido el evento.</p>	<p>6.4 RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN La hospitalización se determina por el ingreso del asegurado como paciente interno en un centro hospitalario autorizado, mínimo (24) horas para el diagnóstico y tratamiento, bajo el cuidado y supervisión médica, con un máximo de (45) días por evento y (4) eventos por año. Bajo este amparo la Aseguradora pagará una suma diaria por cada día de hospitalización, a partir del segundo día.</p>
<p>E. AFECCIÓN DE ARTERIA CORONARIA QUE EXIJA CIRUGÍA Enfermedad coronaria que requiera de revascularización coronaria (By-pass) para corregir estrechamiento u obstrucción de dos o más arterias coronarias. La necesidad de tal intervención quirúrgica debe haber sido probada con base en una angiografía coronaria. Las angioplastias no se consideran cirugía cardíaca.</p>	
<p>F. TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES Es la implantación de un órgano extraído de un donante humano, en el organismo del asegurado, con restablecimiento de las conexiones arteriales y venosas.</p>	

6.4.1 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (U.C.I.)

Por este amparo, mientras el asegurado permanezca internado en la unidad de cuidados intensivos, la aseguradora reconocerá como el beneficio diario, el equivalente a dos (2) veces la suma pactada para el amparo de renta diaria, con un máximo de treinta (30) días por evento.

6.4.2 TRATAMIENTO MÉDICO Y CIRUGÍA AMBULATORIA

Bajo este amparo la aseguradora indemnizará al asegurado que tenga que ser sometido a cirugía o tratamiento médico, efectuado dentro de una institución hospitalaria o centro de cirugía que cumpla con los requisitos exigidos por las entidades competentes para tal fin para prestar el servicio ambulatorio. La aseguradora pagará una vez por anualidad la suma estipulada, como consecuencia de una misma lesión o enfermedad.

6.4.3 PARTO

El parto normal o por cesárea, estarán cubiertos por este amparo, siempre y cuando el embarazo se haya iniciado después de entrar en vigencia el seguro. La aseguradora reconocerá la suma diaria asegurada, indicada en la póliza por cada día que permanezca hospitalizada, con un máximo de cinco (5) días por cada vigencia anual.

6.5 CANASTA

Si durante la vigencia de la póliza el asegurado fallece o queda incapacitado total y permanentemente por un evento amparado, la aseguradora indemnizará el valor contratado.

6.6 AUXILIO FUNERARIO

Si durante la vigencia de la póliza el asegurado fallece, a consecuencia de un evento amparado, la aseguradora indemnizará el valor contratado.

6.7 AUXILIO GASTOS MÉDICOS ENFERMEDADES GRAVES

Por el presente amparo adicional, la compañía reconocerá al asegurado, durante la vigencia de este seguro, el valor indicado en el certificado individual de seguro según el plan escogido, cuando durante la vigencia de esta póliza se presente el diagnóstico médico de cualquiera de las enfermedades graves de la presente póliza. El auxilio se reconocerá por una sola vez por vigencia anual del seguro.

7. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

AMPARO	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD DE PERMANENCIA
BÁSICO (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA)	18 AÑOS	70 AÑOS + 364 DÍAS	75 AÑOS + 364 DÍAS
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, RENTA POR HOSPITALIZACIÓN , CANASTA Y AUXILIO FUNERARIO	18 AÑOS	64 AÑOS + 364 DÍAS	70 AÑOS + 364 DÍAS
ENFERMEDADES GRAVES Y AUXILIO GASTOS MÉDICOS ENFERMEDADES GRAVES	18 AÑOS	64 AÑOS + 364 DÍAS	70 AÑOS + 364 DÍAS

8. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Todos los asegurados deben cumplir con los requisitos de asegurabilidad, que son edad, estado de salud y ocupación.

9. CONDICIONES DE LA PÓLIZA

9.1 SUMA ASEGURADA MÁXIMA

La suma asegurada máxima por asegurado en una o varias pólizas será de hasta \$100.000.000 siempre que haya cumplido con los requisitos de asegurabilidad. Para la cobertura de renta diaria por hospitalización, el máximo valor asegurado es de treinta mil pesos (\$30.000), M/Cte. Independiente del número de planes que tome el asegurado.

9.2 OCUPACIONES NO ASEGURABLES

No se aseguran las personas que tengan como ocupación alguna de las que a continuación se describen.

- Comerciantes en oro y esmeraldas.
- Guardaespaldas
- Deportistas profesionales(*)
- Vigilantes
- Magistrados salas penales
- Ganaderos en general
- Trabajadores de empresas de explosivos
- Trabajadores de bares, grilles, discotecas y afines
- Guardianes de cárceles
- Policías o militares en servicio activo
- Miembros de organismo de seguridad o inteligencia (públicos, privados o del estado)
- Administradores y/o propietarios de fincas bananeras en Urabá
- Jueces penales o fiscales

- Trabajadores en casas de cambio empeño compraventas.
- Sindicalistas
- Bomberos
- Operarios de pozos petroleros
- Cargos de elección popular
- Dueños de puestos en San Andresito
- Mineros bajo tierra

(*)Por deportista profesional debe entenderse aquella persona cuya principal actividad es la práctica de un deporte, y como consecuencia de ello derive su sustento.

9.3 DEPORTES NO ASEGURABLES

No se aseguran las personas que practiquen como profesional o aficionado en forma permanente los siguientes deportes: Alpinismo, caza, tauromaquia, artes marciales, automovilismo, tiro, vuelo en cometa o ala delta, buceo (inmersiones submarinas), parapente, motociclismo, boxeo, aviación, lucha, motonáutica, motocross. Esta condición se extiende para todos los deportes considerados habitualmente como deportes o actividades extremas. En cualquier caso, la única responsabilidad de la aseguradora por ingresos que contravengan esta cláusula será la devolución de las primas recibidas por dicho ingreso.

10. EXCLUSIONES:

10.1 EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO

El amparo básico de muerte se otorga sin exclusiones, con excepción de las preexistencias que no hayan sido autorizadas previamente por la aseguradora, y en atención a lo previsto en el artículo 1058 del Código de Comercio.

1. Guerra, invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades y operaciones de guerra (haya sido declarada o no), guerra civil, sedición, revolución, rebelión, asonada, terrorismo, subversión, o actos delictivos en que el asegurado participe directamente.
2. Actividades terroristas NBQR (nuclear, biológico, química, radioactivo).
3. Los accidentes resultantes directa o indirectamente por fisión y/o fusión nuclear y de radioactividad.
4. En todos los casos se aplicarán los términos de los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.

10.2 EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

1. Cuando el evento generador de la incapacidad total y permanente se haya producido con anterioridad a la fecha de inclusión del asegurado en el presente anexo.
2. Cuando el evento generador de la incapacidad total y permanente haya sido provocado por el asegurado.
3. Cuando las patologías motivadoras de la calificación de pérdida de capacidad laboral se deriven de enfermedades como: Ceguera, enfermedades psíquicas, mentales, trastornos depresivos, demencia y enajenación mental como consecuencia de un accidente.
4. Guerra, invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades y operaciones de guerra (haya sido declarada o no), guerra civil, sedición, revolución, rebelión, asonada, terrorismo, subversión, o actos delictivos en que el asegurado participe directamente.
5. Actividades terroristas NBQR (nuclear, biológico, química, radioactivo).
6. Los accidentes resultantes directa o indirectamente por fisión y/o fusión nuclear y de radioactividad.

10.3 EXCLUSIONES DEL AMPARO ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES

No se pagará ningún beneficio bajo el presente amparo, si el asegurado padece o se le diagnostica una de las enfermedades indicadas en el numeral 6.3, que sean consecuencia de o en conexión con:

1. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), tal como fue definido por la organización mundial de la salud (oms), o cualquier síndrome o enfermedad de tipo similar que, bajo cualquier nombre, sea diagnosticada por un médico, establecimiento hospitalario o laboratorio clínico legalmente autorizado para desempeñar su objeto social o profesión.
2. La presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (v.i.h.) descubierto mediante el test de anticuerpos o prueba de elisa positiva para v.i.h .
3. Cualquier otra enfermedad derivada de las anteriores.
4. El cáncer de seno o matriz.
5. El cáncer de próstata.
6. Los tumores de la piel, salvo que se trate de melanomas malignos.
7. Cáncer in situ no invasivo de cualquier órgano.
8. La angioplastia y/o cualquier otra intervención intra - arterial.
9. Enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas.
10. Enfermedades o padecimientos preexistentes al ingreso del asegurado a la póliza o al inicio de este anexo.
11. El estado de coma provocado por el abuso de alcohol, tóxico o drogas no prescritas por un médico
12. Cuando la enfermedad cubierta haya sido diagnosticada, exista un historial previo relacionado con ella o se haya recibido tratamiento para la misma, antes de la iniciación de la vigencia del presente anexo adicional.
13. Cuando la enfermedad haya sido diagnosticada por primera vez durante los primeros noventa (90) días contados a partir de la fecha de iniciación de la vigencia de este amparo, para cada asegurado.

14. En lo que a accidentes cerebro vasculares se refiere, cuando se trate de accidentes vasculares isquémicos, transitorios o aquellos de los que el asegurado pueda recuperarse completamente dentro de las seis (6) semanas siguientes a su ocurrencia.

15. En lo que a trasplante de órganos se refiere:

15.1 Cuando la necesidad del trasplante ha sido diagnosticada durante los primeros ciento veinte (120) días contados a partir de la fecha de iniciación de la vigencia de este amparo, para cada asegurado.

15.2 Cuando el trasplante de órgano sea consecuencia de enfermedades preexistentes a la fecha de iniciación de la vigencia de este amparo, para cada asegurado.

16. Guerra, invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades y operaciones de guerra (haya sido declarada o no), guerra civil, sedición, revolución, rebelión, asonada, terrorismo, subversión, o actos delictivos en que el asegurado participe directamente.

17. Actividades terroristas nbqr (nuclear, biológico, química, radioactivo).

18. Los accidentes resultantes directa o indirectamente por fisión y/o fusión nuclear y de radioactividad.

10.4 EXCLUSIONES DEL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Salvo estipulación expresa en contrario, el presente amparo adicional no cubre los eventos a continuación relacionados, no obstante produzcan al asegurado las consecuencias anteriormente descritas:

1. Hospitalización como resultado de una infección producida por el virus de inmunodeficiencia humana (hiv) o variantes, incluyendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o enfermedades relacionadas, diagnosticado antes del inicio de la póliza.

2. Hospitalización para chequeos médicos de rutina u otros exámenes previos a los cuales no existan indicaciones de trastornos de salud.

3. Hospitalizaciones y/o cirugías como consecuencia de enfermedades y/o padecimientos preexistentes al ingreso del asegurado a la póliza.

4. Hospitalización del asegurado en un centro hospitalario, que no cumpla con los requisitos especificados anteriormente, o que el asegurado no se encuentre bajo la atención y cuidado de un médico autorizado para el ejercicio de su profesión.

5. Todo cuidado ambulatorio provisto en el consultorio de un médico.

6. Tratamientos de belleza o cirugía con fines estéticos.

7. Exámenes de diagnóstico y consultas médicas.

8. Mientras el asegurado se encuentre sirviendo en labores militares de las fuerzas armadas o de policía nacionales o de cualquier país o autoridad internacional.

9. Guerra, invasión acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones de guerra (haya o no declaración de guerra) guerra civil, sedición, revolución o asonada.

10. Suicidio o sus tentativas, bien sea que el asegurado se encuentre en uso de sus facultades mentales o en estado de demencia.así como las lesiones autoinfligidas o cualquier intento de ello.

11. Práctica, entrenamiento o participación en competencias correspondientes a deportes como el buceo, alpinismo o escalamiento de montañas, espeleología, paracaidismo, planeadores, motociclismo, deportes de invierno, deportes profesionales o carreras de alta velocidad.

12. Viajar como piloto o tripulante de naves aéreas, incluyendo helicópteros.

13. Participación del asegurado en actividades ilícitas contrarias a la ley colombiana o por encontrarse bajo la influencia de bebidas embriagantes, drogas tóxicas, heroicas o alucinógenas.

14. Reacción o radiación nuclear, independientemente de cómo se haya generado.

15. Tratamientos por desequilibrios mentales o curas de reposo.

16. Hospitalización por chequeos de control o complicaciones del embarazo.

17. Hospitalizaciones y/o cirugías que sean consecuencia de enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas.

18. Cirugías para la extracción o cauterización de verrugas o lunares, uñas encarnadas, lipomas y quistes sebáceos.

19. Cirugías que sean consecuencia de tratamientos odontológicos.

20. Cirugías y tratamientos destinados a esterilización o fertilidad tanto masculina como femenina.

21. Hospitalizaciones que sean consecuencia de terremoto, erupción volcánica, inundaciones, huracanes y, en general, todo fenómeno de la naturaleza.

22.Guerra, invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades y operaciones de guerra (haya sido declarada o no), guerra civil, sedición, revolución, rebelión, asonada, terrorismo, subversión, o actos delictivos en que el asegurado participe directamente

23. Actividades terroristas nbqr (nuclear, biológico, química, radioactivo).

24. Los accidentes resultantes directa o indirectamente por fisión y/o fusión nuclear y de radioactividad.

10.5 EXCLUSIONES DEL AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO

Las mismas indicadas en el amparo básico de muerte.

10.6 EXCLUSIONES DEL AMPARO DE CANASTA

Las mismas indicadas en el amparo básico muerte e incapacidad total temporal.

11. SINIESTROS

11.1 AVISO DE SINIESTRO

Una vez conocido o debido conocer la afectación del riesgo el asegurado tendrá treinta (30) días, para avisar a la aseguradora.

11.2 PAGO DEL SINIESTRO

El plazo para el pago de siniestros será de veinte (20) días, contados a partir de la entrega de los documentos completos requeridos para el pago.

11.3 DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

Sin perjuicio de la libertad probatoria que tiene el reclamante y solo a título enunciativo e informativo, para formalizar la reclamación el asegurado podrá presentar los siguientes documentos:

DOCUMENTOS REQUERIDOS	MUERTE (BÁSICO)	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	ENFERMEDADES GRAVES	RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN
Solicitud individual para seguro de Vida Grupo	X	X	X	X
Fotocopia certificado póliza Vida Grupo	X	X	X	X
Formulario Unico de Conocimiento del cliente	X	X	X	X
Carta de Redamación	X	X	X	X
Fotocopia de la cédula del asegurado ampliada al 150%	X	X	X	X
Registro civil de defunción original o fotocopia autenticada	X			
Muerte accidental, informe de Fiscalía donde se detallen las circunstancias de tiempo, modo y lugar del fallecimiento	X			
En caso de accidente de tránsito, croquis o informe del accidente	X	X		
Muerte Natural, historia clínica completa				
Calificación emitida por entidad competente (junta de calificación), de acuerdo con la Ley 100 y sus decretos reglamentarios, donde se acredite el porcentaje de pérdida de capacidad laboral (PCL).		X		
Historia clínica y/o informe médico que permita establecer la existencia de la enfermedad, tiempo estimado del padecimiento de la misma, fecha de diagnóstico tratamiento requerido.	X	X	X	X
Certificado número de días de hospitalización de la E.P.S. acompañado del resumen de la Historia Clínica de la atención.				X
Documentos de identificación de cada uno de los beneficiarios designados.	X			

12. REVOCACIÓN UNILATERAL

La presente póliza podrá ser revocada por el tomador y/o el asegurado en cualquier momento, mediante aviso escrito a la aseguradora.

Los anexos de la presente póliza podrán ser revocados por la aseguradora en cualquier momento, para lo cual deberá dar aviso al tomador sobre esta determinación con una anticipación no menor a 60 días.

En caso de que haya lugar a la devolución de primas no devengadas, dicha circunstancia le será informada al tomador.

13. CLAUSULADO

16052012-1502-34-GL.01

COMPROBANTE DE TRANSACCIÓN

Producto:	Cuenta de Ahorros	Transacción:	80-Nota Debito
Fecha de Proceso:	19/10/2021	Hora:	11:28
Asesor:	MANARVAEZ	IP:	172.20.1.0
Nro. Transacción:	4660882856	Ciudad:	19001 - Popayan
Agencia:	52-POPAYAN OLIMPICA	Nombres y Apellidos:	HENRY POLINDARA
Identificación:	10527165	Concepto:	01
Cuenta:	0865	Pesos Colombianos:	COP
Valor Transacción:	\$248,000		

Este comprobante es copia impresa parcial del documento electrónico original que instrumenta la presente transacción y que reposa en los archivos de Giros y Finanzas C.F S.A, como constancia del mismo. Esta copia es válida si coincide con los registros que tiene la entidad. Favor verificar que la naturaleza, titularidad y montos de la transacción coincidan con lo que usted ha solicitado. Recuerde que en Giros y Finanzas C.F. S.A. designamos como defensor del cliente principal al DR. Carlos Mario Serna Jaramillo para atender las sugerencias o reclamos de nuestros usuarios. Para comunicarse tenga en cuenta esta información: Dirección Calle 64 No 3B-90 Of. 202 de Bogotá, email: defensoria@skol-serna.net, Teléfono: (1) 6092013, Horario: Lunes a Viernes 8:30 am a 5:30 pm jornada continua. Recuerde que usted puede presentar inquietudes, quejas o reclamos a través de nuestra línea de atención al cliente: 01 8000 111 999.

Bogotá, D.C, 30 de marzo de 2022
OBSP-22 - 997-RUI - 79559

Señora
PAOLA ANDREA POLINDARA HIDALGO
Calle 4 no 41-07
TELÉFONO: 3163407894
E-MAIL: paitopol@hotmail.com
Popayán, Cauca

REFERENCIA. PÓLIZA: 4.660.882.856
TOMADOR: GIROS & FINANZAS COMPAÑÍA DE FINANCIAMIENTO S.A.
ASEGURADO: HENRY POLINDARA
RECLAMACIÓN: No. 680 - 15 - 2022 - 30819
AMPARO: BÁSICO DE MUERTE

Respetada señora Paola Andrea,

Atentamente hemos recibido para análisis los documentos con los cuales se pretende la afectación del amparo Básico de Muerte, con cargo a la póliza del asunto, con ocasión al lamentable fallecimiento del señor Henry Polindara, el pasado 13 de febrero de 2022.

Al respecto, nos permitimos indicar lo siguiente:

Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa, expidió el certificado Póliza No. 4660882856 con inicio de vigencia el 19 de octubre de 2021, cuyo objeto es amparar el riesgo de amparo Básico de Muerte.

En este caso, es preciso señalar que el señor Henry Polindara, firmó la declaración de asegurabilidad contenida en el certificado de póliza Vida Grupo No.4660882856, manifestando no padecer antecedentes de salud.

De acuerdo con lo anterior, se procedió con la validación de los antecedentes médicos del asegurado registrados en la historia clínica emanada por Hospital Susana López de Valencia E.S.E., Sanitas EPS evidenciando que, presentaba Diabetes Mellitus desde el año 2014 y Enfermedad Diverticular del Colon desde mayo de 2019, patologías que fueron diagnosticadas con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza No. 4660882856, sin que hubiesen sido manifestadas dentro de la declaración de asegurabilidad.

Ciertamente, la aseguradora asume los riesgos de conformidad con el diligenciamiento del cuestionario que considera pertinente para la evaluación del riesgo al momento de hacer la suscripción, dicho formulario debe ser tramitado por cada asegurado. Ahora bien, el asegurado presentaba antecedentes importantes de salud y no los manifestó, esto interfiere con el eficaz desarrollo del contrato de seguro, de acuerdo a lo indicado en el artículo 1058 del Código de comercio, que enuncia:

“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud

OBSP-22 - 997-RUI - 79559

sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. (...)

En tanto, el artículo 1039 del mismo código, prevé:

“El seguro puede ser contratado por cuenta de un tercero determinado o determinable. En tal caso, al tomador incumben las obligaciones y al tercero corresponde el derecho a la prestación asegurada. (...)”

De acuerdo con los postulados jurídicos, anteriormente enunciados, señalamos que el asegurado, omitió informar que presentaba las patologías ya enunciadas, contexto que no sólo agrava el riesgo, sino que aumentaba las probabilidades de complicarlo en el futuro; para nuestro caso particular, podría indicarse que dichos diagnósticos fueron un factor que agravaba el riesgo y que de ser conocido por la aseguradora la hubiese inhibido de contratar las coberturas bajo las condiciones reales.

Ahora bien, el artículo 1158 del citado estatuto Comercial, respecto de los exámenes médicos, indica:

“Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar.”

Así fue considerado por la corte suprema de justicia en la sentencia SC2803 de 2016 en la plantea entre otros aspectos el siguiente:

“9.- El artículo 871 del Código de Comercio establece como principio general de todos los actos mercantiles la «buena fe» de quienes intervienen en su perfeccionamiento, por lo que los acuerdos de voluntades se rigen, fuera de lo pactado expresamente en ellos, por «todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural».

Esa obligación se hace manifiesta especialmente en el contrato de seguro, a la luz del artículo 1058 ibidem, según el cual el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro (...). Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo (...). Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 (...). Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

OBSP-22 - 997-RUI - 79559

Dicha norma consagra un deber para el tomador de manifestar, sin tapujos, reservas ni fingimientos, las condiciones actuales frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca. Y si bien la muerte es un hecho ineludible cuyo amparo permite la ley, en ese evento la obligación se refiere

a precisar el estado de salud del asegurado de manera tal que se sepan, a ciencia cierta, los términos en que responderá si ocurre en su vigencia.

Aunque esa exposición puede ser espontánea, cuando se inquires en general por el «estado del riesgo» al momento del contrato, el asegurador cuenta con la facultad de provocarla mediante un cuestionario sobre puntos que lo concreten. Incluso, es posible que con prelación agote pesquisas o requiera la realización de exámenes y pruebas tendientes a establecerlo.

En concordancia con lo enunciado, Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa, no procede favorablemente con su solicitud y resuelve objetar su petición, declinando cualquier pago pretendido, por cuanto las patologías enunciadas no fueron declaradas al ingreso a la póliza, generando sí las consecuencias previstas en la ley y en el contrato de seguro.

Con toda atención,



**GERENCIA DE INDEMNIZACIONES SEGUROS DE PERSONAS
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**

Copia NEGOCIOS CORPORATIVOS - GIROS Y FINANZAS
Intermediario: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

Elaboró: YUAGUDELO
Revisó: MORAMIREZ
Aprobó: ACALVO

Bogotá, D.C, 12 de mayo de 2022
OBSP-22 - 1.496-RUI - 79559

Señora
PAOLA ANDREA POLINDARA HIDALGO
CL 4 N 41 7
TELÉFONO: 3163407894
E-MAIL: paitopol@hotmail.com
Popayán, Cauca

REFERENCIA. PÓLIZA: 4.660.882.856
TOMADOR: GIROS & FINANZAS COMPAÑIA DE FINANCIAMIENTO S.A.
ASEGURADO: HENRY POLINDARA
RECLAMACIÓN: No. 680 - 15 - 2022 - 30819
AMPARO: BÁSICO DE MUERTE

Respetada señora Paola:

Atentamente hemos recibido para análisis su solicitud de reconsideración, frente a la negativa de pago emitida por parte de la Aseguradora, con ocasión al lamentable fallecimiento del señor Henry Polindara, ocurrido el pasado 13 de febrero de 2022. Sobre el particular de manera atenta y respetuosa nos permitimos informar lo siguiente:

Hemos procedido con la validación de los argumentos expuestos en su solicitud de reconsideración e infortunadamente no evidenciamos dentro de los mismos elementos de hecho o derecho que permitan la modificación de nuestra decisión inicial de objetar el reclamo.

Lo anterior tiene como sustento que, el señor Henry Polindara, firmó la declaración de asegurabilidad contenida en el certificado de póliza Vida Grupo No 4660882856, el día 19 de octubre de 2021, manifestando no padecer antecedentes médicos.

Ahora bien, se procedió con la validación de los antecedentes médicos del asegurado registrados en la historia clínica emanada por Hospital Susana López de Valencia E.S.E., Sanitas EPS, evidenciando que presenta Diabetes Mellitus desde el año 2014, Enfermedad Diverticular del Colon desde mayo de 2019, patologías que fueron diagnosticadas con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza No. 4660882856, sin que hubiesen sido manifestadas dentro de la declaración de asegurabilidad. Vale mencionar, que tales comorbilidades se asocian con un mayor riesgo de complicación y agravación de la condición del asegurado para su fallecimiento.

Ciertamente, la Aseguradora asume los riesgos de conformidad con el diligenciamiento del cuestionario que considera pertinente para la evaluación del riesgo al momento de hacer la suscripción, dicho formulario debe ser tramitado por cada asegurado. El señor Henry Polindara, presentaba antecedentes importantes y no los manifestó, esto interfiere con el eficaz desarrollo del contrato de seguro, de acuerdo a lo indicado en el artículo 1058 del Código de comercio, que enuncia:

“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. (...)”

OBSP-22 - 1.496-RUI - 79559

El artículo 1158 del citado estatuto Comercial, respecto de los exámenes médicos, indica:

“Aunque el asegurador prescinda del examen médico, la asegurada no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar.”

Valga la pena reiterar que, independientemente de la causa de muerte, la simple conducta reticente, es debidamente sancionada por el Código de Comercio y permite invalidar el contrato desde su misma raíz, por lo tanto, es obligación del tomador pronunciarse sinceramente frente al cuestionario que le formula el asegurador, con el fin de establecer el estado del riesgo, que opera en la fase previa a su celebración ya que su objetivo es el de garantizar la expresión de la voluntad del primero de consentir en dicho vínculo, de abstenerse de hacerlo, o de contraerlo, pero bajo condiciones más onerosas.

En consecuencia, lamentamos informar que no es posible atender de manera favorable su solicitud de reconocimiento indemnizatorio, ya que para el caso en concreto no se declaró el estado del riesgo, sustento de la base del contrato de seguro, por lo que Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa, ratifica la objeción a la reclamación y declina el pago pretendido

Con toda atención,



**GERENCIA DE INDEMNIZACIONES SEGUROS DE PERSONAS
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**

Copia NEGOCIOS CORPORATIVOS - GIROS Y FINANZAS

Intermediario: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

Elaboró: YUAGUDELO

Revisó: MORAMIREZ

Aprobó: ACALVO



Camara de Comercio de Cali
CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE AGENCIA
Fecha expedición: 10/06/2023 09:45:02 am

Recibo No. 9052344, Valor: \$3.600

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0823KE6GN0

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, DATOS GENERALES Y MATRÍCULA

Nombre:	CALI NORTE
Matrícula No.:	327821
Fecha de matrícula en esta	27 de noviembre de 1992
Cámara :	
Último año renovado:	2023
Fecha de renovación:	15 de marzo de 2023
Activos Vinculados:	\$952,412,355

UBICACIÓN

Dirección comercial:	CL 21 NORTE # 4 - 30
Municipio:	Cali - Valle
Correo electrónico:	notificaciones@solidaria.com.co
Teléfono comercial 1:	6607801
Teléfono comercial 2:	No reportó
Teléfono comercial 3:	No reportó

PROPIETARIO

Nombre:	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA
NIT:	860524654 - 6
Matrícula No.:	734662
Domicilio:	Bogota
Dirección:	CL 100 NO. 9 A -45 P 12
Teléfono:	6464330

Recibo No. 9052344, Valor: \$3.600

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0823KE6GN0

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

NOMBRAMIENTO DE ADMINISTRADOR

Por documento privado del 19 de mayo de 2017, inscrito en esta Cámara de Comercio el 01 de junio de 2017 con el No. 1248 del Libro VI, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
ADMINISTRADOR	JUAN CARLOS LENIS COBO	C.C.94384774

PODERES

Por Escritura Pública No. 1556 del 24 de julio de 2006 Notaria Cuarenta Y Tres de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 03 de agosto de 2006 con el No. 103 del Libro V CONFIERE PODER GENERAL AMPLIO Y SUFICIENTE AL DOCTOR LUIS EDUARDO OSPINA ZAMORA, MAYOR DE EDAD, DOMICILIADO EN LA CIUDAD DE CALI, DE NACIONALIDAD COLOMBIANO, IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 16.278.340 DE PALMIRA VALLE Y TARJETA PROFESIONAL NUMERO 86093 DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, PARA QUE REPRESENTEN JUDICIAL Y ADMINISTRATIVAMENTE A LA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA, ENTIDAD COOPERATIVA, SIN LIMITE EN RELACION CON LA CUANTIA, EN LOS SIGUIENTES ACTOS: A) ASISTENCIA A LAS AUDIENCIAS DE CONCILIACION DE QUE TRATA EL ARTICULO CIENTO UNO (101) DEL CODIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL O CUALQUIER OTRA QUE LO SUSTITUYA DE LA JURISDICCION CIVIL, PENAL O ADMINISTRATIVA EN LA CIUDAD DE CALI Y LOS DEMAS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE, CON LAS FACULTADES DE CONCILIACION DE QUE TRATA LA CITADA DISPOSICION LEGAL. B) ASISTENCIA A LAS AUDIENCIAS DE CONCILIACION QUE SE ADELANTE COMO REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD, DE ACUERDO CON EL ARTICULO TREINTA Y CINCO (35) DE LA LEY SEISCIENTOS CUARENTA (640) DE DOS MIL UNO (2001) Y NORMAS QUE LA SUSTITUYAN, ANTE LA JURISDICCION CIVIL, PENAL O ADMINISTRATIVA EN LA CIUDAD DE CALI Y LOS DEMAS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE CON LAS FACULTADES DE CONCILIACION DE QUE TRATAN LAS CITADAS DISPOSICIONES. C) ABSOLUCION DE LOS INTERROGATORIOS DE PARTE A LOS QUE FUERE CITADO EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA, EN LOS PROCESOS QUE EN LA CIUDAD DE CALI Y LOS DEMAS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE SE ADELANTEN ANTE LA JURISDICCION CIVIL, PENAL O ADMINISTRATIVA, O, QUE ANTE ESTAS FUERE CITADO, COMO INTERROGATORIOS EXTRAPROCESALES.

PARAGRAFO: LOS PARAMETROS DE CONCILIACION ADOPTADOS DEBERAN OBEDECER A LAS INSTRUCCIONES IMPARTIDAS POR ESCRITO PARA EL EFECTO POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA. SEGUNDO: CUALQUIER EXTRALIMITACION DE LAS FACULTADES CONFERIDAS MEDIANTE EL PRESENTE PODER SOLO OBLIGARA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA, EN LOS TERMINOS DEL ARTICULO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS (1266) DEL CODIGO DE COMERCIO.

Recibo No. 9052344, Valor: \$3.600

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0823KE6GN0

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Por Escritura Pública No. 2763 del 20 de octubre de 2009 Notaria Cuarenta Y Tres de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 27 de enero de 2010 con el No. 11 del Libro V CONFIERE PODER GENERAL AMPLIO Y SUFICIENTE AL DOCTOR GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, MAYOR DE EDAD, DOMICILIADO EN LA CIUDAD DE CALI, DE NACIONALIDAD COLOMBIANO, IDENTIFICADO CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO 19.395.114 DE BOGOTÁ Y TARJETA PROFESIONAL NÚMERO 39.116 DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA , PARA QUE REPRESENTE JUDICIAL Y ADMINISTRATIVAMENTE A LA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA, SIN LÍMITE EN RELACIÓN CON LA CUANTÍA, EN LOS SIGUIENTES ACTOS: A) ASISTENCIA A LAS AUDIENCIAS DE CONCILIACIÓN DE QUE TRATA EL ARTÍCULO CIENTO UNO (101) DEL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL O CUALQUIER OTRA QUE LO SUSTITUYA DE LA JURISDICCIÓN CIVIL, PENAL O ADMINISTRATIVA EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, CON LAS FACULTADES DE CONCILIACIÓN DE QUE TRATA LA CITADA DISPOSICIÓN LEGAL. B) ASISTENCIA A LAS AUDIENCIAS DE CONCILIACIÓN QUE SE ADELANTE COMO REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO TREINTA Y CINCO (35) DE LA LEY SEISCIENTOS CUARENTA (640) DE DOS MIL UNO (2001) Y NORMAS QUE LA SUSTITUYAN, ANTE LA JURISDICCIÓN CIVIL, PENAL O ADMINISTRATIVA EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA CON LAS FACULTADES DE CONCILIACIÓN DE QUE TRATAN LAS CITADAS DISPOSICIONES. C) ABSOLUCIÓN DE LOS INTERROGATORIOS DE PARTE A LOS QUE FUERE CITADO EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA, EN LOS PROCESOS QUE EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA SE ADELANTEN ANTE LA JURISDICCIÓN CIVIL, PENAL O ADMINISTRATIVA, O, QUE ANTE ÉSTAS FUERE CITADO, COMO INTERROGATORIOS EXTRA PROCESALES. PARÁGRAFO: LOS PARÁMETROS DE CONCILIACIÓN ADOPTADOS DEBERÁN OBEDECER A LAS INSTRUCCIONES IMPARTIDAS POR ESCRITO PARA EL EFECTO POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA. SEGUNDO: CUALQUIER EXTRALIMITACIÓN DE LAS FACULTADES CONFERIDAS MEDIANTE EL PRESENTE PODER SOLO OBLIGARÁ A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA, EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS (1266) DEL CÓDIGO DE COMERCIO. VIGENCIA : LA VIGENCIA DEL PRESENTE PODER ES INDEFINIDA, CONTADOS A PARTIR DEL MOMENTO DEL OTORGAMIENTO DE LA PRESENTE ESCRITURA PÚBLICA, SIN PERJUICIO DE QUE PUEDA SER REVOCADO EN CUALQUIER MOMENTO.

Por Escritura Pública No. 1764 del 23 de mayo de 2015 Notaria Cuarenta Y Cuatro de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 04 de agosto de 2015 con el No. 247 del Libro V COMPARECIO: RAMIRO ALBERTO RUIZ CLAVIJO, CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO 1.3,360.922 DE OCAÑA EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PERSONA JURÍDICA DOMICILIADA EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ.CONFIERE PODER GENERAL AMPLIO, Y SUFICIENTE AL DOCTOR GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA MAYOR DE EDAD, DE NACIONALIDAD COLOMBIANO, IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO 19.395.114 DE BOGOTÁ Y TARJETA PROFESIONAL NÚMERO-39.116 DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, PARA QUE, ACTUANDO _EN NOMBRE DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.REPRESENTA A LA MISMA EN ATENCIÓN A TRAMITES ARBITRALES, LAUDÓS ARBITRALÉS, CONCILIACIÓN, RECURSOS DE ANULACIÓN, RECURSO DE REVISIÓN Y TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS MEDIANTE LA LEY 1563 DEL 2012 Y TODA AQUELLA NORMA QUE LE ADICIONE, MODIFIQUE O ACLARE.

Recibo No. 9052344, Valor: \$3.600

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0823KE6GN0

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Por Escritura Pública No. 3079 del 30 de diciembre de 2021 Notaria Decima de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 21 de abril de 2022 con el No. 48 del Libro V , Compareció, Francisco Andrés Rojas Aguirre identificado con cédula de ciudadanía No. 79.152.694 actuando en calidad de representante legal de la mencionada sociedad, confiere poder general amplio y suficiente a Juan Carlos Lenis Cobo, mayor de edad, de nacionalidad colombiano, identificado con la cédula de ciudadanía No. 94.384.774 para que en su calidad de Gerente de la Agencia Cali Norte de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en la ciudad de Cali y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ejecute los siguientes actos:

A) Expedir y firmar pólizas en los ramos comercializados por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y que estén debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia, hasta por los montos señalados mediante escrito separado, suscrito por el presidente de la Compañía o por quien este delegue, escrito que forma parte integral del presente poder.

B) Representar en la ciudad de Cali a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de conciliación de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso, con las facultades de conciliación de que trata la citada norma, así como en todas aquellas audiencias de similar naturaleza efectuadas por cualquier autoridad de la rama judicial o administrativa a que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por la apoderada deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito para el efecto por el Representante Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. En todo caso, tendrá las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios /o declaraciones, exhibir y reconocer documentos.

C) Firmar propuestas y contratos de procesos de convocatoria pública (procesos de mínima cuantía, selección abreviada, licitación pública e invitaciones públicas) y/o privada en los que participe ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA de forma individual o bajo la figura de unión temporal o coaseguro, e igualmente para suscribir la documentación necesaria para la legalización y perfeccionamiento de la etapa precontractual, contractual y postcontractual, cuyo negocio no sea mayor a CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE (\$150.000.000 M/CTE) igualmente, para que asista en representación e ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA a audiencias de adjudicación de los procesos de convocatoria pública y/o privada. Dichas facultades se le otorgan únicamente en los departamentos de Valle del Cauca y Cauca.

Tercero. La vigencia del poder será por el término de duración del contrat laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento.

Cuarto. Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder se lo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Recibo No. 9052344, Valor: \$3.600

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0823KE6GN0

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Por Escritura Pública No. 0175 del 09 de febrero de 2023 Notaria Decima de Bogota , inscrito en esta Cámara de Comercio el 15 de marzo de 2023 con el No. 37 del Libro V , compareció con minuta enviada por correo electrónico el señor JOSE IVAN BONILLA PEREZ, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 79.520.827, en calidad de representante legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, identificada con Nit. 860.524.654-6, confiere PODER GENERAL AMPLIO Y SUFICIENTE a JUAN CARLOS LENIS COBO, mayor de edad, de nacionalidad colombiana, identificado con la cédula de ciudadanía número 94.384.774, para que en su calidad de Gerente de la Agencia Cali Norte de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en la misma ciudad y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos:

A) Expedir y firmar pólizas en los ramos comercializados por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y que estén debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia, hasta por los montos señalados mediante escrito separado, suscrito por el Presidente de la Compañía o por quien este delegue escrito que forma parte integral del presente poder.

B) Representar en el Departamento del Valle del Cauca y Cauca a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de conciliación de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso, con las facultades de conciliación de que trata la citada norma, así como en todas aquellas audiencias de similar naturaleza efectuadas por cualquier autoridad de la rama judicial o administrativa a que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por el apoderado deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito para el efecto por el Representante Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. En todo caso, tendrá las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o declaraciones, exhibir y reconocer documentos.

C) Firmar propuestas y contratos de procesos de convocatoria pública (procesos de mínima cuantía, selección abreviada, licitación pública e invitaciones públicas) y/o privada en los que participe ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA de forma individual o bajo la figura de unión temporal o coaseguro, e igualmente para suscribir la documentación necesaria para la legalización y perfeccionamiento de la etapa precontractual, contractual y postcontractual, cuyo negocio no sea mayor a DOSCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE (\$250.000.000 M/CTE). Igualmente, para que asista en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA a audiencias de adjudicación de los procesos de convocatoria pública y/o privada. Dichas facultades se le otorgan únicamente en el Departamento del Valle del Cauca y Cauca.

TERCERO: La vigencia de poder será por el termino de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento.

CUARTO: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Recibo No. 9052344, Valor: \$3.600

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0823KE6GN0

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Cali, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certifica, NO se encuentra en trámite ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 6511

Descripción de la actividad económica reportada en el Formulario del Registro Único Empresarial y Social -RUES-: ACTIVIDAD ASEGURADORA

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Este certificado refleja la situación jurídica del inscrito hasta la fecha y hora de su expedición.

Que no figuran otras inscripciones que modifiquen total o parcialmente el presente certificado.

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, y de la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro aquí certificados quedan en firme diez (10) días hábiles después de la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos; el sábado no se tiene como día hábil para este conteo.

En cumplimiento de los requisitos sobre la validez jurídica y probatoria de los mensajes de datos determinados en la Ley 527 de 1999 y demás normas complementarias, la firma digital de los certificados generados electrónicamente se encuentra respaldada

Recibo No. 9052344, Valor: \$3.600

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0823KE6GN0

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

por una entidad de certificación digital abierta acreditada por el organismo nacional de acreditación (onac) y sólo puede ser verificada en ese formato.



Ana M. Lengua B.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

**CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL
REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:**

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD
COOPERATIVA
Nit: 860524654 6
Domicilio principal: Bogotá D.C.

MATRÍCULA

Matrícula No. 00734662
Fecha de matrícula: 19 de septiembre de 1996
Último año renovado: 2023
Fecha de renovación: 10 de marzo de 2023

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Cl 100 No. 9 A -45 P 12
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: notificaciones@solidaria.com.co
Teléfono comercial 1: 6464330
Teléfono comercial 2: No reportó.
Teléfono comercial 3: No reportó.
Página web: WWW.ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO

Dirección para notificación judicial: Cl 100 No. 9 A -45 P 12
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: notificaciones@solidaria.com.co
Teléfono para notificación 1: 6464330
Teléfono para notificación 2: No reportó.
Teléfono para notificación 3: No reportó.

La persona jurídica SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Bogotá (7).

REFORMAS ESPECIALES

Mediante Resolución No. 2439 del 28 de diciembre de 1984, el Departamento Administrativo Nacional de Cooperativas otorgo la personería jurídica a la sociedad de la referencia cuya naturaleza jurídica es: Institución Auxiliar del Cooperativismo, de carácter nacional, especializada en la actividad aseguradora, sin ánimo de lucro, de responsabilidad limitada.

Por E.P. No. 3296 Notaría 41 de Santa Fe de Bogotá del 16 de noviembre de 1.993, inscrita el 22 de noviembre de 1.993 bajo el No. 428.026 del libro IX, la sociedad cambio su nombre de: SEGUROS UCONAL LIMITADA por el de: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA.

Por Escritura Pública No. 1779 de la Notaría 43 de Bogotá D.C., del 24 de julio de 2013, inscrita el 31 de julio de 2013 bajo el número 01753454 del libro IX, la sociedad de la referencia cambio su nombre de: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA., por el de: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE

Mediante Oficio No. 2289 del 25 de junio de 2018, inscrito el 9 de julio de 2018 bajo el No. 00169529 del libro VIII, el Juzgado Primero Civil del Circuito de Neiva, comunicó en el Proceso Verbal de Responsabilidad Civil Extracontractual No. 41001-3103-001-2018-00127-

00 de: Sara Sogamoso Sánchez, Beatriz Helena Beltrán Sogamoso, Maira Fernanda Beltrán Sigamoso, Karen Fiorella Beltrán Sogamoso, María del Rosario Sánchez Preciado y ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 3254/2017-00174-00 del 27 de julio de 2017, inscrito el 16 de julio de 2018 bajo el No. 00169689 del libro VIII, el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Bucaramanga, comunicó en el

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Proceso Verbal de Responsabilidad Civil Extracontractual de: Jaime Enri Neira Rubiano, Doris Esperanza Hernández y Lucila Rubiano de Neira. Contra: Hernando Valvuenza Acelas, TRANSPORTES BARCENAS LTDA, representada legalmente por Blanca Nelly Leal de Bárcenas, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, representada legalmente por Carlos Eduardo Valencia Cardona. Se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 01997 del 13 de septiembre de 2018, inscrito el 19 de septiembre de 2018 bajo el No. 00171271 del libro VIII, el Juzgado 3 Civil del Circuito de Montería, comunicó en el Proceso Verbal de Responsabilidad Civil No. 230013103003-2018-00201-00 de:

Wendy Carolina Gómez Castrillón, Eder Alfonso Gómez Castrillón, Verónica Andrea Gómez Castrillón, Víctor Augusto Jaramillo Fuentes, contra: Walberto Claver Ibarra, Dora Eugenia Gómez Ospina y ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 0621-

19 del 28 de junio de 2019, inscrito el 15 de Agosto de 2019 bajo el No. 00179129 del libro VIII, el Juzgado Primero Civil del Circuito de Montería (Córdoba), comunicó en el proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual de mayor cuantía No. 23-001-31-03-001-2019-00154-00 de: Jorge Luis Contreras

Hernández identificado con C.C. No. 1.003.140.683 contra Santiago Rodolfo Sánchez Chávez identificado con C.C. 71.945.820, Maryori Betancour Legarda identificada con C.C. No. 39.413.798 y ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA identificada con NIT No. 860.524.656-

6, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 00059 del 16 de enero de 2020, inscrito el 31 de Enero de 2020 bajo el No. 00182880 del libro VIII, el Juzgado 23 Civil Municipal de Oralidad de Bogotá, comunicó en el proceso verbal No. 11001400302320190035800 de: Eladio Valero Patiño CC.7704667, Contra: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 219 del 25 de enero de 2019, el Juzgado 5 Civil del Circuito de Palmira (Valle del Cauca), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 76 520 3103 005 2018 00154 00 de: Nelson Garrido Moreno CC.1.114.451.919, Emily Saray

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Garrido Mican r NUIP. 1.112.404.005, Lina Vanesa Garrido Moreno CC. 1.114.454.068, Nidia Moreno Guevara CC. 29.539.604, Alba Regina Guevara CC. 29.537.239, Contra: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, José Alberto Millan Hernández CC. 1.113.619.728, Amparo Patiño Torres CC. 34.596.938, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 17 de Marzo de 2020 bajo el No. 00183853 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 4202 del 19 de noviembre de 2019, el Juzgado 27 Civil Municipal de Cali (Valle del Cauca), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal - responsabilidad civil contractual No. 2019-00801-00 de Catalina

Duque Grajales Contra: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 12 de Abril de 2021 bajo el No. 00188563 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 61 del 23 de marzo de 2021, el Juzgado 03 Civil del Circuito Oral de Cartagena (Bolívar), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 13001-31-03-003-2018-00077-00 de Angela Valencia Martinez y Otros, Contra: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA y Otros, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 26 de Abril de 2021 bajo el No. 00188803 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 0332 del 14 de mayo de 2021, el Juzgado Civil del Circuito de Lórica (Córdoba), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso declarativa verbal declarativa de responsabilidad civil extracontractual No. 234173103001 2021-00057, de Luz Estella Jirado Montes CC.50.9140410 , Contra: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 24 de Mayo de 2021 bajo el No. 00189872 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 376 del 28 de mayo de 2021, el Juzgado Civil del Circuito de Lórica (Córdoba), inscrito el 2 de Junio de 2021 con el No. 00190052 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 23417310300.1202100117 de Wilfrido Rodriguez Suarez CC.72128610, Luz Stella Jirado Montes CC. 50914410, Monica Marcela Jirado Montes CC. 50901806, Contra: Liliana Katrina Rios Suarez CC.50910021, COOMULTISERVICAR LTDA, ASEGURADORA

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

Mediante Oficio No. 536 del 01 de julio de 2021, el Juzgado 06 Civil del Circuito de Bucaramanga (Santander), inscrito el 13 de Julio de 2021 con el No. 00190480 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal No. 68001 31 03 006 2019 00342 00 de Mary Luz Jurado Vargas CC. 63.396.723 quien actúa en nombre propio y en calidad de representante de su menor hijo Sergio Andres Carvajal Jurado y Miguel Ángel Carvajal Jurado CC. 1001343307, Contra: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA y Rafael Castro León CC. 5.625.095.

Mediante Oficio No. 167 del 23 de septiembre de 2021, el Juzgado 20 Civil Municipal de Oralidad de Medellín (Antioquia), inscrito el 12 de Octubre de 2021 con el No. 00192133 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso cobro de dineros por servicios prestados No. 05001 40 03 020 2021 0288 00 de CLINICA DE FRACTURAS Y RAYOS X DE ANTIOQUIA SA, Contra: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA SA.

Mediante Oficio No. 06 del 20 de enero de 2022, el Juzgado 1 Civil del Circuito de Buenaventura (Valle Del Cauca), inscrito el 23 de Febrero de 2022 con el No. 00195706 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso Verbal de Responsabilidad Civil No. 76-109-31-03-001-2021-00101-00 de Yury Daniela Mosquera Salcedo C.C. 1193455844, contra: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA y otro.

Mediante Oficio No. 07 del 20 de enero de 2022, el Juzgado 1 Civil del Circuito de Buenaventura (Valle Del Cauca), inscrito el 28 de Febrero de 2022 con el No. 00195777 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso Verbal de Responsabilidad Civil No. 76-109-31-03-001-2021-0009400 de Yolima Sánchez Solís y Otra C.C. 38.473.498, contra: S.B.S. SEGUROS DE COLOMBIA y Otra.

Mediante Oficio No. 47 del 22 de febrero de 2022, el Juzgado 2 Civil del Circuito de Buenaventura (Valle Del Cauca), inscrito el 2 de Marzo de 2022 con el No. 00195824 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso Responsabilidad Civil Extracontractual No. 76109-3103-002-2021-00059-00 (208-12) de Maira Luz Riascos Rosero

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadosselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

C.C. 1111753237, Frank Rodríguez Castillo C.C. 14477857, Genis Rodríguez Riascos T.I. 1115462694, Alix Del Mar Rodríguez Riascos T.I. 1150936409, Contra: SBS SEGUROS COLOMBIA S.A. NIT 860037707-9,
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA NIT 860524654-6.

Mediante Oficio No. 0862 del 4 de julio de 2022 el Juzgado 12 Civil del Circuito de Bogotá D.C., inscrito el 15 de Julio de 2022 con el No. 00198418 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual de mayor cuantía No. 110013103012 2022-00253 de Emiris Salazar Rodríguez CC. 60.362.009, Josue Chía Ruiz CC. 13.483.931, Eduyn Donato Chía Salazar, CC. 1.093.793.870, Olmer Josue Chía Salazar, CC. 1.093767.682 y Yeny Solandy Ruvian Celis, CC. 1.093.782.533, quien actúa en causa propia y como representante sel menor Holmer Daniel Montano Ruvian contra ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA NIT. 860.524.654-6 y Mario German Millan Arias CC. 94.357.282.

Mediante Oficio No. 229 del 13 de julio de 2022, el Juzgado 9 Civil del Circuito de Oralidad de Cali (Valle del Cauca), inscrito el 19 de Julio de 2022 con el No. 00198500 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal responsabilidad civil extracontractual No. 76001310300920220011900 de Jhon Fernando Cardozo Novoa C.C. 94.399.127, Maria del Socorro Velez Velez C.C. 31.920.228, Adriana Maria Montoya Velez C.C. 31.710.461, Carolina Cardozo Moncaleano C.C. 1.130.626.915 y Yuly Cardozo Moncaleano C.C. 1.130.669.280, contra Carlos Alberto Moreno Martinez C.C. 14.985.770 y ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA NIT. 860.524.654-6.

Mediante Oficio No. 0988 del 25 de julio de 2022, el Juzgado 36 Civil del Circuito de Bogotá D.C., inscrito el 30 de Agosto de 2022 con el No. 00199309 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal No. 110013103036 2022 00 107 00 de Cesar Gustavo Pinzon Hernandez C.C. 79.498.404 , Contra: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA NIT. 860.524.654-6.

Mediante Oficio No. 0794-22 del 01 septiembre de 2022, el Juzgado 27 Civil del Circuito de Bogotá D.C., inscrito el 20 de Septiembre de 2022 con el No. 00200174 del libro VIII, ordenó la inscripción de la

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal No. 11001310302720220007000 de Vilma Teresa Paredes Santiago C.E. 440228, Eduardo Alberto Padron Paredes C.E.38037, Josvil Daniel Padron Paredes C.E.408447, José Manuel Padron Paredes C.E. 381504, contra ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A. NIT. 890.903.937-0, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA NIT. 860.524.654-6

Mediante Auto del 04 de marzo de 2021 el Juzgado Civil Del Circuito de Lorica (Córdoba), inscrito el 27 de Septiembre de 2022 con el No. 00200327 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 23.417.31.03.001.2021.00046.00 de Wilfrido Rodriguez Suarez C.C. 72.128.610 y Monica Marcela Jirado Montes, contra Liliana Catrina Rios Suarez C.C. 50.910.021, COOMULTISERVICAR LTDA NIT. 806.007.506-0, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA NIT. 860524654-6.

Mediante Oficio No. 064 del 17 de enero de 2023, el Juzgado 2 Civil Municipal de Oralidad de Bello (Antioquia), inscrito el 27 de Enero de 2023 con el No. 00202815 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 2023-00026 de Cindy Madeleine Rojas Morales C.C. 1.020.421.901, Contra: ASEGURADORA SOLIDARIARATIVA NIT. 860.524.654-6.

Mediante Oficio No. 025 del 27 de enero de 2023, preferido por el Juzgado 3 Civil del Circuito de Montería (Córdoba), inscrito el 16 de Febrero de 2023 con el No. 00203305 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 23001310300320220014600 de Luis Alfonso Jaramillo Vargas C.C. 1.017.136.909 (víctima directa), María Fabiola Vargas De Cardona, C.C. 32.550.146 (madre de la víctima directa), Luz Estella Vargas C.C. 39.179.900 (hermana de la víctima) Carlos Adolfo Cardona Vargas, C.C. 78.700.278 (hermano de la víctima), Fernando Alberto Cardona Vargas, C.C. 71.744.071 (hermano de la víctima), Sergio Andrés Cardona Vargas C.C. 71.762.650 (hermano de la víctima), contra Néstor Andrés Reiva Hernández, C.C. 9.498.967. y ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA, NIT. 860.524.654-6.

Mediante Oficio No. 715 del 07 de febrero de 2023, el Juzgado 4 Civil

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Municipal de Palmira (Valle del Cauca), inscrito el 17 de Febrero de 2023 con el No. 00203363 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal responsabilidad civil extracontractual No. 765204003004-2022-00344-00
de Gabriel Mejía Borja C.C. 14.701.186, contra ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA NIT. 891.301.667-7, Funio Leonardo Soto Rubiano C.C. 94.326.150.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

OBJETO SOCIAL

El objeto de solidaria será proporcionar a sus asociados, a las entidades pertenecientes al sector de la economía solidaria y a la comunidad en general, servicios de seguros en diferentes modalidades, para contribuir a elevar el nivel económico, social y cultural de la persona humana mediante la aplicación y practica de los principios y valores universales de la cooperación. En desarrollo de su objeto, solidaria buscara contribuir a la satisfacción de las necesidades económicas, sociales, culturales y ambientales de las personas vinculadas a sus entidades asociadas, basándose en el esfuerzo propio y la ayuda solidaria, a través de una empresa autogestionada y de propiedad común, que produzca bienes y servicios de manera eficiente; especialmente, servicios de seguros con énfasis en el ramo exequial, y los demás que se requieran para sus asociados, los integrantes del sector de la economía solidaria los asociados a estos y la comunidad en general. Así mismo, podrá utilizar las modalidades de intermediación de seguros autorizados por la ley. También será objetivo de la institución, colaborar con la integración del subsector de ahorro y crédito y el cooperativismo en general. Con tal propósito encauzara sus servicios y recursos humanos y financieros hacia el sector cooperativo y el solidario, en general. Actividades: Para el cumplimiento de sus objetivos, solidaria, podrá realizar todas aquellas actividades y operaciones concordantes con su objeto social; entre otras, las siguientes: 1) Celebrar y ejecutar contratos de seguros, en las modalidades y los ramos autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia según las disposiciones

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

legales vigentes. 2) Invertir el patrimonio, los fondos de conformidad con las disposiciones legales vigentes, atendiendo en todo caso a la seguridad, rentabilidad y liquidez necesarias; 3) Administrar fondos de previsión y seguridad social que las disposiciones legales faculden a las entidades aseguradoras. 4) Promover la integración y proporcionar el apoyo y ayuda necesarios para contribuir al fortalecimiento del sector, así como participar en entidades que conforman el sector cooperativo y demás entidades sin ánimo de lucro, con el fin de desarrollar su objeto social. 5) Promover la creación con o sin su participación en la estructura del capital social de empresas afines y complementarias o auxiliares de su actividad aseguradora. 6) Atender la formación y capacitación de los asociados, directivos y trabajadores de solidaria, y los de sus entidades asociadas, en los principios, normas y procedimientos del cooperativismo y la economía solidaria. 7) Celebrar todo tipo de convenios, contratos, operaciones y negocios jurídicos, así como los demás convenios nacionales e internacionales que se relacionen directamente con el desarrollo de su objeto. 8) Actuar como entidad operadora para la realización de operaciones de libranza o descuento directo, en forma como lo establezca la ley. 9) Celebrar toda clase de actos, contratos, operaciones y negocios jurídicos, así como los demás convenios nacionales e internacionales que se relacionen directamente con el desarrollo de sus actividades y servicios; tales como la compra de bienes muebles e inmuebles, otorgar o aceptar hipotecas, girar, endosar, adquirir, aceptar, cobrar, protestar, cancelar o pagar letras de cambio, cheques o cualesquiera títulos valores o efectos de comercio o aceptar en pago. 10) En general, desarrollar todas las actividades que contribuyan al bienestar y mejoramiento económico, social, cultural y ambiental de los asociados y las personas vinculadas a los mismos, en armonía con el interés general de la comunidad y los objetivos de la entidad, siempre que estén autorizados por las disposiciones legales vigentes. Parágrafo. La entidad prestara preferentemente sus servicios a los asociados. Sin embargo, por razones de interés social o bienestar colectivo, podrá extender los servicios al público no afiliado, en razón del interés social o del bienestar colectivo.

CAPITAL

El capital social corresponde a la suma de \$ 50.000.000,00 dividido en 0,00 cuotas con valor nominal de \$ 0,00 cada una, distribuido así :

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Totales

No. de cuotas: 0,00

valor: \$50.000.000,00

Mediante Oficio No. 027 del 24 de enero de 2020, el Juzgado 3 Civil del Circuito de Tuluá (Valle del Cauca), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso ejecutivo para la efectividad de la garantía real No. 76-834-31-03-003-2019-00086-

00 de: Abraham Serna Hoyos y Gloria Estela Soto Chacon, Contra: Arturo Martin Álzate Tobar, SOCIEDAD TRANSPORTADORA LOS TOLUES SA y ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 18 de Febrero de 2020 bajo el No. 00183200 del libro VIII.

NOMBRAMIENTOS**ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN**

Por Acta No. 055 del 23 de marzo de 2023, de Asamblea General de Asociados, inscrita en esta Cámara de Comercio el 2 de junio de 2023 con el No. 02983116 del Libro IX, se designó a:

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Gerardo Mora Navas	C.C. No. 11251925
Segundo Renglon Rodriguez	Hugo Hernando Escobar	C.C. No. 14221979
Tercer Renglon Galvis	Miguel Ernesto Arce	C.C. No. 13847407
Cuarto Renglon	Fabio Becerra Martinez	C.C. No. 19392676
Quinto Renglon Rondon	Jose Joaquin Gomez	C.C. No. 17189401

SUPLENTE

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon Plaza	Gloria Carmenza Vargas	C.C. No. 26574528
Segundo Renglon Puerta Montero	Clara Ester Rosa	C.C. No. 45488638
Tercer Renglon Bahamon	Alba Rocio Pinzon	C.C. No. 51831525
Cuarto Renglon Alarcon	Bertha Marina Leal	C.C. No. 60338472
Quinto Renglon	Norbey Cardona Montoya	C.C. No. 94393508

REVISORES FISCALES

Por Acta No. 50 del 9 de abril de 2018, de Asamblea de Asociados, inscrita en esta Cámara de Comercio el 6 de junio de 2018 con el No. 02346661 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Persona Juridica	ERNST & YOUNG AUDIT S A S	N.I.T. No. 860008890 5

Por Documento Privado del 12 de abril de 2022, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 18 de abril de 2022 con el No. 02816015 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Principal	Monica Muñoz Pimiento	C.C. No. 1092343773 T.P. No. 187332-T

Por Documento Privado No. AS7506 del 1 de septiembre de 2022, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 14 de septiembre de 2022 con el No. 02879743 del Libro IX, se designó a:

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal	Andres Sebastian Nova	C.C. No. 1013645852 T.P.
Suplente	Villate	No. 233115-T

PODERES

Que por Escritura Pública No. 972 de la Notaría 43 de Bogotá D.C., del 29 de abril de 2009, inscrita el 30 de abril de 2009 bajo el No. 15581 del libro V, compareció Carlos Eduardo Valencia Cardonas mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, de nacionalidad Colombiano, de estado civil casado con sociedad conyugal vigente, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.240.545 expedida en Bogotá, en calidad de representante legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, persona jurídica domiciliada en la ciudad de Bogotá: Por medio del presente instrumento público confiere poder general amplio y suficiente a la doctora Ana Deisy Calvo Niño, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Bogotá, de nacionalidad Colombiana, identificada con la cédula de ciudadanía número 52.702.180 de Bogotá, para que, en desarrollo del contrato laboral existente, dada su calidad de gerente nacional de siniestros de personas, generales y patrimoniales, y en nombre y representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: A) Firma de objeciones: Para que firme las objeciones a las reclamaciones que sean presentadas respecto de las pólizas de seguros expedidas por la aseguradora bajo el ramo de personas, generales y patrimoniales. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del Artículo Mil Doscientos Sesenta y Seis (1.266) del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 1585 de la Notaría 43 de Bogotá D.C., el 02 de julio de 2009., inscrita el 03 de julio de 2009 bajo el No. 16272 del libro V, compareció Carlos Eduardo Valencia Cardona identificado con cédula de ciudadanía No. 1.9 240 545 de Bogotá D.C., en su calidad de representante legal, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general amplio y suficiente a

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Rafael Acosta Chacón identificado con cédula ciudadanía No. 79.230.843 de Suba y portador de la tarjeta profesional de abogado número 61.753 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de apoderado general y en nombre y representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: A) Representación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier autoridad judicial con las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o declaraciones, exhibir, y reconocer documentos o tacharlos de falsos. 3) Conciliación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, con las facultades expresas de conciliación en las audiencias que trata el Artículo Ciento Uno (101) del Código de Procedimiento Civil, la Ley 640 de 2001 y el Artículo 108 de la Ley 906 de 2004 o normas sustitutivas, así como todas aquellas audiencias de cualquier naturaleza a las que sea citada la compañía. Segundo: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA. En los términos del Artículo Mil Doscientos Sesenta y Seis (1266) del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 2094 de la Notaría 43 de Bogotá D.C., del 26 de agosto de 2010, inscrita el 31 de agosto de 2010 bajo el No. 00018403 del libro V, compareció Francisco Andrés Rojas Aguirre identificado con cédula de ciudadanía No. 79.152.694 de Bogotá en su calidad de representante legal, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general amplio y suficiente a Carlos Eduardo Gálvez Acosta mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, D.C., de nacionalidad Colombiana, identificado con la cédula de ciudadanía número 79.610.408 de Bogotá, y portador de la tarjeta profesional de abogado número 125.758 del Consejo Superior de la Judicatura, para que, en su calidad de abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, y en nombre y representación de la misma, ejecute los siguientes actos: A) Representación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, ante cualquier autoridad judicial con las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o declaraciones, exhibir, y reconocer documentos, o tacharlos de falsos. B) Conciliación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA U COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, con las facultades expresas o conciliación en las audiencias de que trata el Artículo Ciento Uno (101) del Código de Procedimiento Civil y la Ley 640 de 2001, o

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

normas sustitutivas, así como todas aquellas audiencias de similar naturaleza a las que sea citada la compañía. C) Notificaciones: Para que se notifique de cualquier providencia judicial o administrativas. Segundo: La vigencia del poder será por el término de curación del contrato de prestación de servicios suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Tercero: Que cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del Artículo 1266 del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 1939 de la Notaría 43 de Bogotá D.C., del 25 de julio de 2011, inscrita el 04 de agosto de 2011 bajo el No. 00020243 del libro V, compareció Alberto Ruiz Clavijo cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en calidad de representante legal, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general amplio y suficiente al doctor Tulio Heran Grimaldo León, identificado con la cédula de ciudadanía número 79.684.206 de Bogotá y portador de la tarjeta profesión de abogado número 107.555 del Consejo Superior de la Judicatura para que, en su calidad de abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos. A) Representación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, ante cualquier autoridad judicial con las facultades expresas de confesar, absolver, interrogatorios y/o declaraciones, exhibir, y reconocer documentos, o tacharlos de falsos. C) Conciliación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA; con las facultades expresas de conciliación en las audiencias de que trata el Artículo Ciento Uno (101) del Código de Procedimiento Civil y la Ley 640 de 2001 o normas sustitutivas, así como todas aquellas audiencias de similar naturaleza a las que sea citada la compañía. C) Notificaciones y agotamiento vía gubernativa: Para que se notifique de cualquier providencia judicial o administrativa; interponga recursos de reposición, apelación y queja. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato de prestación de servicios suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del Artículo Mil Doscientos Sesenta y Seis (1266), del

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 3235 de la Notaría 43 de Bogotá D.C., del 09 de noviembre de 2011, inscrita el 28 de noviembre de 2011 bajo el No. 00020916 del libro V compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general amplio y suficiente al doctor Héctor Augusto Quevedo Solano, identificado con la cédula de ciudadanía número 79.236.151 de Suba-Bogotá y

portador de la tarjeta profesional de abogado número 155.087 del Consejo Superior de la Judicatura, para que, en su calidad de abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: A) Representación para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, ante cualquier autoridad judicial con las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o declaraciones, exhibir, y reconocer documentos, o tacharlos de falsos. B) Conciliación para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, con las facultades expresas de conciliación en las audiencias de que trata el Artículo Ciento Uno (101) del Código de Procedimiento Civil y la Ley 640 de 2001 o normas sustitutivas, así como todas aquellas audiencias de similar naturaleza a las que sea citada la compañía. c) Notificaciones y agotamiento vía gubernativa: Para que se notifique cualquier providencia judicial o administrativa, interponga recursos de reposición, apelación y queja. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato de prestación de servicios suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del Artículo Mil Doscientos Sesenta y Seis (1266), del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 3845 de la Bogotá D.C., del 26 de diciembre de 2011, inscrita el 17 de 2012 bajo el No. 00021564 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en su calidad de representante legal, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a Claudia Patricia Arenas Rodríguez identificada con cédula de ciudadanía No. 63.325.267 de Bucaramanga,

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

para que en su calidad de gerente de la Agencia Bogotá Calle 100 de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, en la ciudad de Bogotá y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, expida y firme pólizas en los ramos que comercialice la compañía y que estén debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia, hasta por los montos señalados mediante escrito separado, suscrito por el presidente de la compañía o por quien este delegue, el cual forma parte integral del presente poder. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Tercero: Que cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del Artículo Mil Doscientos Sesenta y Seis (1266) del Código de Comercio.

:

Que por Escritura Pública No. 1464 de la Notaría 43 de Bogotá D.C., del 30 de mayo de 2012, inscrita el 6 de junio de 2012 bajo el No. 00022701 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en su calidad de representante legal, de la sociedad de la referencia por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a Luis Esteban Martínez Páez, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.598.727 de Bogotá D.C., y portador de la tarjeta profesional de abogado número 141.113 del Consejo Superior de la Judicatura, para que, en su calidad de abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: A) Representación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, ante cualquier autoridad judicial con las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o declaraciones, exhibir, y reconocer documentos, o tacharlos de falsos. B) Conciliación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, con las facultades expresas de conciliación en las audiencias de que trata el Artículo Ciento Uno (101) del Código de Procedimiento Civil y la Ley 640 de 2001 o normas sustitutivas, así como todas aquellas audiencias de similar naturaleza a las que sea citada la compañía. c) Notificaciones y agotamiento vía gubernativa: Para que se notifique cualquier providencia judicial o administrativa, interponga recursos de reposición, apelación y queja. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato de prestación de servicios

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento: Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del Artículo Mil Doscientos Sesenta y Seis (1266), del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 1869 de la Notaría 43 de Bogotá D.C., del 1 de agosto de 2013, inscrita el 4 de septiembre de 2013, bajo el No. 00026188 del libro V, compareció Carlos Eduardo Valencia Cardona, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.240.545 de Bogotá, en su calidad de representante legal de la entidad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder amplio y suficiente a Deisy Paola Chávez García, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.897.982 de Bogotá D.C., para que en el desarrollo del contrato laboral existente con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: A) Firma de objeciones: Para que firme objeciones inherentes al contrato; póliza no contratada, cobertura no contratada, deducible que absorbe la pérdida, responsabilidad no evidente en responsabilidad civil extracontractual, daños de cuantías hasta diez millones de pesos moneda corriente (\$10.000.000), responsabilidad no evidente en responsabilidad civil extracontractual y lesiones a una víctima sin secuelas. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Tercero: Que cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del Artículo Mil Doscientos Sesenta y Seis (1266) del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 1870 de la Notaría 43 de Bogotá del 1 de agosto de 2013, inscrita el 4 de septiembre de 2013, bajo el No. 00026189 del libro V, compareció Carlos Eduardo Valencia Cardona, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.240.545 de Bogotá, en su calidad de representante legal de la entidad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general, amplio suficiente a William Oswaldo Montenegro Rivera, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.753.221 de Bogotá D.C., para que en el desarrollo del contrato laboral existente con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos:

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

A) Firma de objeciones: Para que firme objeciones de carácter técnico preexistencias en daños, daños que no correspondan siniestro, agravación del daño, daños por temas inherentes a garantía. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Tercero: Que cualquier extralimitación a las facultades conferida mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del Artículo Mil Doscientos Sesenta y Seis (1266) del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 1442 de la Notaría 44 de Bogotá D.C., del 28 de abril de 2015, inscrita el 4 de mayo de 2015 bajo el No. 00030912 del libro V, compareció con Minuta enviada por email, Ramiro Alberto Ruiz Clavijo identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública confiere poder general amplio y suficiente a Oscar Giovanni Rojas Medina identificado con cédula ciudadanía No. 11.186.876 de Bogotá D.C., para que en su calidad de gerente sota en nombre y representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: Firma de objeciones: Para que firme las objeciones a las reclamaciones que sean presentadas respecto de las pólizas de seguros expedidas por la aseguradora bajo el ramo SOAT. Segunda: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Tercero: Que cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del Artículo Mil Doscientos Sesenta y Seis (1266) del Código de Comercio; Advertencia: Se advierte que el presente mandato se tendrá por terminado en caso de presentarse una de las causales contempladas en el Artículo 2189 del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 01044 de la D.C., del 14 de mayo de 2013, inscrita el 10 de Agosto de 2015 bajo el No. 00031728 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo, identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en su calidad de representante legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, otorga poder general amplio y suficiente a Camilo Andrés Bonilla Bernal identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.732.593 de

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Bogotá y portador de la tarjeta profesional No. 140661 del Consejo Superior de la Judicatura para que en su calidad de abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: A) Representación: Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, ante cualquier autoridad judicial con las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o declaraciones, exhibir, y reconocer documentos, o tacharlos de falsos. 2) Conciliación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, con las facultades expresas conciliación en las audiencias de que trata el Artículo (101) del Código de Procedimiento Civil y la Ley 640 de 2001 o normas sustitutivas, así como todas aquellas audiencias de similar naturaleza a las que sea citada la compañía. C) Notificaciones y agotamiento vía gubernativa: Para que se notifique de cualquier providencia judicial o administrativa, interponga recursos de reposición, apelación y queja. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral a término indefinido. Suscrito por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Tercero: En cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA en los términos del Artículo Mil Doscientos Sesenta y Seis (1266) del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 1764 de la Notaría 44 de Bogotá D.C., del 23 de mayo de 2015, inscrita el 11 de agosto de 2015 bajo el No. 00031729 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo, identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia por medio del presente instrumento público, otorgo poder general amplio y suficiente al doctor Gustavo Alberto Herrera Ávila mayor de edad, de nacionalidad Colombiano, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 de Bogotá, y tarjeta profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, para que actuando en nombre de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, represente a la misma en atención a tramites arbitrales laudos arbitrales, conciliación, recursos de anulación, recurso de revisión y todos aquellos procedimientos establecidos mediante la Ley 1563 de 2012 y toda aquella norma que le adicione, modifique o aclare.

Que por Escritura Pública No. 3467 de la Notaría 44 del 16 septiembre de 2016, inscrita el 26 de septiembre de 2016 bajo el No. 00035652

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo, identificado con la cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en calidad de representante legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, que por medio del presente instrumento público otorgo poder general amplio y suficiente a Milton Fabián Delgado Jiménez identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.497.940 de Bogotá para que en su calidad de gerente de crédito y cartera y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, suscriba las boletas de recaudo múltiple que genere el sistema de la compañía y asea de manera autógrafa o mediante registro que genere el sistema de la compañía. Emita, firme y remita las comunicaciones de que trata el Artículo 1071 del Código de Comercio, para efectos de informar al tomador y/o asegurado de la póliza la revocación de las pólizas de seguros contratadas con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

Que por Escritura Pública No. 3468 de la Notaría 44 de Bogotá D.C., del 16 de septiembre de 2016 inscrita el 28 de septiembre de 2016 bajo el No. 00035662 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en su calidad de representante legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA por medio de la presente escritura pública, confiere poder general amplio y suficiente a Dora Alba Fonseca Romero mayor de edad, de nacionalidad Colombiana, identificada con cédula de ciudadanía número 51,590,453 de Bogotá, estado civil soltera, sin unión marital de hecho, para que en su calidad de gerente de la Agencia Kennedy de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en la ciudad de Bogotá y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, expida y firme pólizas en los ramos que comercialice la compañía y que estén debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia, hasta por los montos señalados mediante escrito separado, suscrito por el presidente de la compañía por quien este delegue el cual forma parte integral del presente poder. Segunda: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Tercero: Que cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en los términos del Artículo Mil Doscientos Sesenta y Seis (1266) del Código de Comercio.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Que por Escritura Pública No. 1487 de la Notaría 44 de Bogotá D.C., del 17 de mayo de 2017, inscrita el 23 de mayo de 2017 bajo el No. 00037318 del libro V, compareció Francisco Andrés Rojas Aguirre, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.152.64 de Bogotá D.C., en su calidad de representante la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general amplio y suficiente a Andrea del Pilar Puerto Corredor, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.700.397 de Bogotá, para que en su calidad de gerente de licitaciones de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA firme los contratos y propuestas de procesos de mínima cuantía, selección abreviada, licitación pública e invitaciones públicas y privadas en los procesos que participe la compañía de forma individual o bajo la figura de unión temporal o coaseguro, igualmente para que suscriba la documentación necesaria para la legalización y perfeccionamiento de la etapa precontractual, contractual y postcontractual, cuyo negocio no sea mayor a quinientos millones de pesos moneda corriente (\$500.000.000.00 m/cte). Dicha facultad se le otorga para los departamentos a nivel nacional.

Que por Escritura Pública No. 2563 de la Notaría 44 de Bogotá D.C., del 09 de agosto de 2017, inscrita el 4 de septiembre de 2017 bajo el No. 00037931 del libro V, compareció Francisco Andrés Rojas Aguirre identificado con cédula de ciudadanía No. 79.152.694 de Bogotá en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general amplio y suficiente a Yisel Adriana Coronado Vivas, identificada con cédula de ciudadanía número 52.838.045 de Bogotá D.C., para expedir y firmar pólizas, en su calidad de gerente de la Agencia Centro Internacional de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en la ciudad de Bogotá y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en ramos que comercialice la compañía y que estén debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia, hasta por los montos señalados mediante escrito separado, suscritos por el presidente de la compañía o por quien este delegue, el cual forma parte integral del presente poder.

Que por Escritura Pública No. 644 de la Notaría 44 de Bogotá D.C., del 09 de marzo de 2018, inscrita el 16 de marzo de 2018 bajo el No. 00039014 del libro V, compareció Carlos Arturo Guzmán Peláez, identificado con la cédula de ciudadanía número 16.608.605 de Cali,

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública confiere poder general, amplio y suficiente a la doctora Ingrid Lucero Patiño Patiño, identificada con cédula de ciudadanía número 51.883.909 de Bogotá D.C., para que, en su calidad de gerente de gestión humana y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: 1. Firme las certificaciones laborales, cartas de despido sin justa causa y aceptación de renuncia, cartas de liquidación de prestaciones sociales, comunicaciones y actas de sanciones disciplinarias, realice los nombramientos y promociones correspondientes, comunicaciones, formatos y formularios de afiliaciones a la seguridad social de funcionarios, igualmente para que firme las comunicaciones de retiro parcial de cesantías para los funcionarios, autorizaciones y comunicaciones de auxilios educativos, autorización de vacaciones, autorización de licencias no remuneradas. 2. Firme los contratos laborales en que es parte ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, que se suscriben con los colaboradores de la compañía, de igual forma los otrosíes y anexos que se deriven de esta relación laboral. La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Que cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del Artículo Mil Doscientos Sesenta y Seis (1266) del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 244 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 27 de febrero de 2019, inscrita el 7 de marzo de 2019 bajo el número 00041036 del libro V, compareció Francisco Andrés Rojas Aguirre identificado con cédula de ciudadanía número 79.152.694, en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general, amplio y suficiente a Claudia Vélez Botero, identificada con cédula de ciudadanía número 24.578.874 de Calarcá, para que en su calidad de gerente de la Zona Suroccidente de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA firme los contratos y propuestas de procesos de mínima cuantía, selección abreviada, licitación pública e invitaciones públicas y privadas en los procesos que participe la compañía de forma individual o bajo la figura de unión temporal o coaseguro, igualmente para que suscriba la documentación necesaria

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

para la legalización y perfeccionamiento de la etapa precontractual, contractual y postcontractual, cuyo negocio no sea mayor a ciento cincuenta millones de pesos m/cte (\$150.000.000). Dicha facultad se le otorga para los departamentos de Quindío, Valle del Cauca, Risaralda, Caldas, Nariño, Cauca y Putumayo.

Que por Escritura Pública No. 1367 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 23 de octubre de 2019, inscrita el 30 de Octubre de 2019 bajo el registro No 00042518 del libro V, compareció José Ivan Bonilla Pérez identificado con cédula de ciudadanía No. 79.520.827 de Bogotá D.C. en su calidad de Representante Legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general amplio y suficiente a Alexander Gomez Pérez, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.129.566.574 de Barranquilla y portador de la Tarjeta Profesional de Abogado número 185.144 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA pueda ejecutar los siguientes actos: A) REPRESENTACION: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier autoridad judicial y administrativa, con las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o rendir declaraciones, exhibir y reconocer documentos, o tacharlos de falsos. B) CONCILIACION: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, con las facultades expresas de conciliación en las audiencias de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso y la ley 640 de 2001, o normas sustitutivas, así como todas aquellas audiencias de similar naturaleza a las que sea citada de la Compañía. C) NOTIFICACIONES Y AGOTAMIENTO DE LAS ACTUACIONES ADMINISTRATIVA: Para que se notifique de cualquier Providencia administrativa regulada por las leyes 1150 de 2007, ley 1474 de 2011, ley 610 de 2000, o demás normas sustitutivas y complementarias, promueva incidentes de nulidad e interponga recursos de reposición, apelación, queja, y desista de ellos si fuere el caso. SEGUNDO: La vigencia del poder será por el termino de duración del contrato prestación de servicios suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligara a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 3 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

02 de enero de 2020, inscrita el 22 de Enero de 2020 bajo el registro No 00042967 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña, en su calidad de Representante Legal de la Sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general amplio y suficiente al doctor Germán Londoño Giraldo, identificado con cédula ciudadanía No. 79.532.271 de Bogotá D.C. y portador de la Tarjeta Profesional de abogado número 122.814 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de Gerente de Indemnizaciones de Seguros Patrimoniales de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: A) Representación Instancia Administrativa: Para que actúe en nombre y representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier entidad pública de todo orden o autoridad administrativa, con todas las facultades generales inherentes y necesarias para ejercer el derecho de defensa de la aseguradora promover todas las acciones procesales de impugnación previstas en desarrollo de cualquier actuación administrativa hasta su finalización, notificaciones, presentar recursos, excepciones, nulidades e incidentes en ejecuciones administrativas de cobro coactivo, y la facultad expresa para conciliar en actuaciones administrativas y/o centros de conciliación habilitados de todo el país. B) Firma de Objeciones: Para que firme las objeciones a las reclamaciones que sean presentadas respecto de las pólizas de seguros expedidas por la Aseguradora bajo el ramo de Patrimoniales. La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 1 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 02 de enero de 2020, inscrita el 22 de Enero de 2020 bajo el registro No 00042968 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en su calidad de Representante Legal de la Sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general amplio y suficiente a la doctora Vicky Carolina Ramírez Ibáñez, identificada con cédula ciudadanía No. 52.881.098 de Bogotá D.C. y portadora de la Tarjeta Profesional de abogada número 189.036 del Consejo Superior de la Judicatura para que en su calidad de Profesional Abogado de

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Indemnizaciones de Seguros Patrimoniales de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: Representación Instancia Administrativa: Para que actúe en nombre y representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier entidad pública de todo orden o autoridad administrativa, con todas las facultades generales inherentes y necesarias para ejercer el derecho de defensa de la aseguradora, promover todas las acciones procesales de impugnación previstas en desarrollo de cualquier actuación administrativa hasta su finalización, notificaciones, presentar recursos, excepciones, nulidades e incidentes en ejecuciones administrativas de cobro coactivo, y la facultad expresa para conciliar en actuaciones administrativas y/o centros de conciliación habilitados de todo el país. La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 616 de la Notaría 44 de Bogotá D.C., del 06 de marzo de 2017, inscrita el 22 de Enero de 2020 bajo el registro No 00042969 del libro V, compareció Carlos Eduardo Valencia Cardona identificado con cédula de ciudadanía No. 19.240.545 de Bogotá D.C. en su calidad de Representante Legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general amplio y suficiente a la doctora Natalia Isabel Morales Puerta identificada con cédula de ciudadanía No. 43.628.533 de Medellín, para que a partir del primero. (1) de marzo de dos mil diecisiete (2017), en su calidad de Directora de Indemnizaciones de Generales de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y en desarrollo del contrato laboral, firme las objeciones de las reclamaciones que sean presentadas respecto de las pólizas de seguros expedidas por la Aseguradora bajo los ramos de Personas y Generales. La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Que por Escritura Pública No. 543 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 08 de julio de 2020, inscrita el 20 de Agosto de 2020 bajo el registro No 00043820 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en su calidad de Representante Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general amplio y suficiente a Santiago Serrano Pérez identificado con cédula de ciudadanía No. 1.026.554.165 de Bogotá D.C., y la Tarjeta Profesional de abogado No. 255.447 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de Profesional Abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en representación de la misma, ejecute los siguientes actos: a) Se notifique de cualquier providencia judicial o administrativa, asuma la defensa de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en el proceso del que se notifique, promueva incidentes de nulidad e interponga recursos de reposición, apelación, queja y/o desista de ellos si fuere el caso. b) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier autoridad judicial o administrativa, con las facultades expresas de notificarse, recibir, confesar, absolver y/o rendir interrogatorios y/o declaraciones, exhibir y reconocer documentos o tacharlos de falsos, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar y en general, adelantar cualquier diligencia que sea necesaria para dar fiel y efectivo cumplimiento al presente mandato en defensa de los derechos e intereses de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. c) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso y la Ley 640 de 2001, o demás normas que las modifiquen, complementen, subroguen o adicionen, con las facultades de conciliación de que tratan las citadas normas, así como en todas aquellas audiencias de similar naturaleza adelantadas por cualquier autoridad judicial o administrativa a las que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por el apoderado deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito para el efecto por el Representante Legal de la Compañía. La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 545 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 08 de julio de 2020, inscrita el 20 de Agosto de 2020 bajo el registro No 00043821 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en su calidad de Representante Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general amplio y suficiente a Erika Maria Estrada Guijo identificada con cédula de ciudadanía No. 1.136.880.685 de Bogotá D.C., y la Tarjeta Profesional de abogada No. 281.687 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de Profesional Abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en representación de la misma, ejecute los siguientes actos: a) Se notifique de cualquier providencia judicial o administrativa, asuma la defensa de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en el proceso del que se notifique, promueva incidentes de nulidad e interponga recursos de reposición, apelación, queja y/o desista de ellos si fuere el caso. b) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier autoridad judicial o administrativa, con las facultades expresas de notificarse, recibir, confesar, absolver y/o rendir interrogatorios y/o declaraciones, exhibir y reconocer documentos o tacharlos de falsos, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar y en general, adelantar cualquier diligencia que sea necesaria para dar fiel y efectivo cumplimiento al presente mandato en defensa de los derechos e intereses de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. c) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso y la Ley 640 de 2001, o demás normas que las modifiquen, complementen, subroguen o adicionen, con las facultades de conciliación de que tratan las citadas normas, así como en todas aquellas audiencias de similar naturaleza adelantadas por cualquier autoridad judicial o administrativa a las que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por la apoderada deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito para el efecto por el Representante Legal de la Compañía. La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 546 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 8 de julio de 2020, inscrita el 20 de Agosto de 2020 bajo el registro No 00043826 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo, identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña, en su calidad de Representante Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general, amplio y suficiente a Alvaro Hernán Rodríguez Bautista, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.539.346 de Bogotá D.C. y la Tarjeta Profesional de abogado No. 103.867 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de Profesional Abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en representación de la misma, ejecute los siguientes actos: A) Se notifique de cualquier providencia judicial o administrativa, asuma la defensa de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en el proceso del que se notifique, promueva incidentes de nulidad e interponga recursos de reposición, apelación, queja y/o desista de ellos si fuere el caso. B) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier autoridad judicial o administrativa, con las facultades expresas de notificarse, recibir, confesar, absolver y/o rendir interrogatorios y/o declaraciones, exhibir y reconocer documentos o tacharlos de falsos, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar y en general, adelantar cualquier diligencia que sea necesaria para dar fiel y efectivo cumplimiento al presente mandato en defensa de los derechos e intereses de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. C) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso y la Ley 640 de 2001, o demás normas que las modifiquen, complementen, subroguen o adicionen, con las facultades de conciliación de que tratan las citadas normas, así como en todas aquellas audiencias de similar naturaleza adelantadas por cualquier autoridad judicial o administrativa a las que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por el apoderado deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito para el efecto por el Representante Legal de la Compañía. La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Tercero: Cualquier extralimitación

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 544 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 08 de julio de 2020, inscrita el 20 de Agosto de 2020 bajo el registro No 00043828 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en su calidad de Representante Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general amplio y suficiente a Ivonne Lizeth Pardo Cadena, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.020.754.933 de Bogotá D.C. y la Tarjeta Profesional de abogada N° 228.786 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de Profesional Abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en representación de la misma, ejecute los siguientes actos: A) Se notifique de cualquier providencia judicial o administrativa, asuma la defensa de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en el proceso del que se notifique, promueva incidentes de nulidad e interponga recursos de reposición, apelación, queja y/o desista de ellos si fuere el caso. B) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier autoridad judicial o administrativa, con las facultades expresas de notificarse, recibir, confesar, absolver y/o rendir interrogatorios y/o declaraciones, exhibir y reconocer documentos o tacharlos de falsos, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar y en general, adelantar cualquier diligencia que sea necesaria para dar fiel y efectivo cumplimiento al presente mandato en defensa de los derechos e intereses de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. C) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso y la Ley 640 de 2001, o demás normas que las modifiquen, complementen, subroguen o adicionen, con las facultades de conciliación de que tratan las citadas normas, así como en todas aquellas audiencias de similar naturaleza adelantadas por cualquier autoridad judicial o administrativa a las que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por la apoderada deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito para el efecto por el Representante Legal de la Compañía. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

de que pueda ser revocado en cualquier momento. Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 769 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 31 de agosto de 2020, inscrita el 23 de Septiembre de 2020 bajo el registro No 00044007 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña, en su calidad de Representante Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general, amplio y suficiente a Franklin Eduardo Susa Casalinas, identificado con cédula de ciudadanía número 79.651.292, para que en su calidad de Gerente de la Gerencia de Seguros de Automóviles de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y en representación de la misma, emita, firme y remita las comunicaciones de revocación de que trata el Artículo 1071 del Código de Comercio correspondientes a pólizas del ramo de Automóviles comercializadas por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, para informar de la revocación de la póliza al tomador y/o al asegurado y/o al beneficiario de la misma, según corresponda. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 765 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 31 de agosto de 2020, inscrita el 23 de Septiembre de 2020 bajo el registro No 00044010 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en su calidad de Representante Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general amplio y suficiente a Angee Carolina Salazar Hernández, identificada con cédula de ciudadanía número 52.717.630 de Bogotá D.C. y portadora de la Tarjeta Profesional de abogada número 255.640 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de Profesional Abogado de Indemnizaciones de Seguros Patrimoniales de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: Representación Instancia Administrativa: Para que actúe en nombre y representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier entidad pública de todo orden o autoridad administrativa, con todas las facultades generales inherentes y necesarias para ejercer el derecho de defensa de la aseguradora, promover todas las acciones procesales de impugnación previstas en desarrollo de cualquier actuación administrativa hasta su finalización, notificaciones, presentar recursos, excepciones, nulidades e incidentes en ejecuciones administrativas de cobro coactivo, y la facultad expresa para conciliar en actuaciones administrativas y/o centros de conciliación habilitados de todo el país. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 768 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 31 de agosto de 2020, inscrita el 22 de Diciembre de 2020 bajo el registro No 00044595 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en su calidad de Representante Legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general amplio y suficiente a Marcela Renderos Arias identificada con cédula ciudadanía No. 42.105640, para que en su calidad de Gerente de la Agencia Pereira de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en la misma ciudad y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: A) Expedir y firmar pólizas en los ramos comercializados por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y que estén debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia, hasta por los montos señalados mediante escrito separado, suscrito por el Presidente de la Compañía o por quien este delegue, escrito que forma parte integral del presente poder. B) Representar en la ciudad de Pereira a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de conciliación de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso, con las facultades de conciliación de que trata la citada norma, así como en todas. aquellas audiencias de similar

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

naturaleza efectuadas por cualquier autoridad de la rama judicial o administrativa a que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por el apoderado deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito para el efecto por el Representante Legal de la Compañía En todo caso, tendrá las facultades expresa de confesar, absolver interrogatorios, y/o declaraciones, exhibir y reconocer documentos. C) Firmar propuestas y contratos de procesos de convocatoria pública (procesos de mínima cuantía, selección abreviada, licitación pública e invitaciones públicas) y/o privada en los que participe ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA de forma individual o bajo la figura de unión temporal o coaseguro e igualmente para suscribir la documentación necesaria para la legalización y perfeccionamiento de la etapa precontractual, contractual y postcontractual, cuyo negocio no sea mayor a sesenta millones de pesos moneda corriente (\$60.000.000). Igualmente, para que asista en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA a audiencias de adjudicación de los procesos de convocatoria pública y/o privada. Dichas facultades se le otorgan únicamente en el departamento de Risaralda.

Por Escritura Pública No. 380 del 04 de marzo de 2021, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 11 de Marzo de 2021, con el No. 00044936 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Hector Fernando Cortes Saavedra, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.049.609.978 de Tunja, para que en su calidad de Coordinador de Licitaciones de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y en representación de la misma, firme los contratos y propuestas de procesos de mínima cuantía, selección abreviada, licitación pública e invitaciones públicas y privadas en los procesos en que participe ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA de forma individual o bajo la figura de unión temporal o coaseguro; igualmente para que suscriba la documentación necesaria para la legalización y perfeccionamiento de la etapa precontractual, contractual y postcontractual, cuyo negocio no sea mayor a quinientos millones de pesos M/CTE (\$500.000.000); además, para que asista en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA a las audiencias de adjudicación de los procesos de convocatoria pública y privada. Dichas facultades se le otorgan a nivel nacional. Tercero: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Cuarto: cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 409 del 08 de marzo de 2021, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá, registrada en esta Cámara de Comercio el 23 de Marzo de 2021, con el No. 00044975 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Diana Marcela Marín Castro, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.896.904, para que en su calidad de Gerente de la Agencia La Soledad de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en la ciudad de Bogotá D.C y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, expida y firme pólizas en los ramos comercializados por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y que estén debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia, hasta por los montos señalados mediante escrito separado, suscrito por el Presidente de la Compañía o por quien este delegue, escrito que forma parte integral del presente poder. La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 1675 del 31 de diciembre de 2020, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá, registrada en esta Cámara de Comercio el 3 de Mayo de 2021, con el No. 00045200 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Carol Tatiana Galindo González, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.013.642.627 de Bogotá y la Tarjeta Profesional de abogada N° 346.369 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de Analista Jurídico de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en representación de la misma, ejecute los siguientes actos: A) Se notifique de cualquier providencia judicial o administrativa, asuma la defensa de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en el proceso del que se notifique, promueva incidentes de nulidad e interponga recursos de reposición, apelación, queja y/o desista de ellos si fuere el caso. B) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

autoridad judicial o administrativa, con las facultades expresas de notificarse, recibir, confesar, absolver y/o rendir interrogatorios y/o declaraciones, exhibir y reconocer documentos o tacharlos de falsos, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar y en general, adelantar cualquier diligencia que sea necesaria para dar fiel y efectivo cumplimiento al presente mandato en defensa de los derechos e intereses de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. C) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso y la Ley 640 de 2001, o demás normas que las modifiquen, complementen, subroguen o adicionen, con las facultades de conciliación de que tratan las citadas normas, así como en todas aquellas audiencias de similar naturaleza adelantadas por cualquier autoridad judicial o administrativa a las que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por la apoderada deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito para el efecto por el Representante Legal de la compañía. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 1679 del 31 de diciembre de 2020, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 3 de Mayo de 2021, con el No. 00045203 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Carlos Esteban Ospina Lara, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.015.425.684 de Bogotá y la tarjeta profesional de abogado No. 300.803 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de Profesional Abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en representación de la misma, ejecute los siguientes actos A) Se notifique de cualquier providencia judicial o administrativa, asuma la defensa de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en el proceso del que se notifique, promueva incidentes de nulidad e interponga recursos de reposición, apelación, queja y/o desista de ellos si fuere el caso. B) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier autoridad judicial o administrativa, con las facultades expresas de

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

notificarse, recibir, confesar, absolver y/o rendir interrogatorios y/o declaraciones, exhibir y reconocer documentos o tacharlos de falsos, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar y en general, adelantar cualquier diligencia que sea necesaria para dar fiel y efectivo cumplimiento al presente mandato en defensa de los derechos e intereses de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. C) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso y la Ley 640 de 2001, o demás normas que las modifiquen, complementen, subroguen o adicionen, con las facultades de conciliación de que tratan las citadas normas, así como en todas aquellas audiencias de similar naturaleza adelantadas por cualquier autoridad judicial o administrativa a las que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por el apoderado deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito para el efecto por el Representante Legal de la Compañía. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 1680 del 31 de diciembre de 2020, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C, registrada en esta Cámara de Comercio el 4 de Mayo de 2021 con el No. 00045213 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Julia Victoria Lozano Gaitán, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.010.183.441 de Bogotá y la Tarjeta Profesional de abogada N° 230.813 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de Profesional Abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en representación de la misma, ejecute los siguientes actos: A) Se notifique de cualquier providencia judicial o administrativa; asuma la defensa de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en el proceso del que se notifique, promueva incidentes de nulidad e interponga recursos de reposición, apelación, queja y/o desista de ellos si fuere el caso. B) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier autoridad judicial o administrativa, con las facultades expresas de notificarse, recibir, confesar, absolver y/o rendir interrogatorios

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

y/o declaraciones, exhibir, y reconocer documentos o tacharlos de falsos, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar y en general, adelantar cualquier diligencia que sea necesaria para dar fiel y efectivo cumplimiento al presente mandato en defensa de los derechos e intereses de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.C) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso y la ley 640 de 2001, o demás normas que las modifiquen, complementen, subroguen o adicionen, con las facultades de conciliación de que tratan las citadas normas, así como en todas aquellas audiencias de similar naturaleza adelantadas por cualquier autoridad judicial o administrativa a las que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por la apoderada deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito para el efecto por el Representante Legal de la Compañía. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 556 del 24 de marzo de 2021, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C, registrada en esta Cámara de Comercio el 4 de Mayo de 2021 con el No. 00045215 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Orlando Molano Rodríguez, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.266.192, para que en su calidad de Coordinador de Recobros y salvamentos de Automóviles de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y en representación de la misma, ejecute los siguientes actos: A) Levantamiento de prenda: Para que solicite con su firma ante las distintas entidades financieras, el levantamiento de prenda constituida sobre vehículos asegurados por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA bajo ramo de automóviles y suscriba las comunicaciones relacionadas con la declaratoria de pérdidas totales, por hurto y/o daños. B) Formularios de traspaso y cancelación: Para que suscriba formularios de traspaso de vehículos a nombre de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, resultantes de pagos de siniestros por pérdida total por daños y/o hurto; para que suscriba formularios de traspaso de vehículos a nombre de terceros

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

con ocasión de la venta de salvamentos y firme los formularios de cancelación de matrícula de automóviles, con ocasión de siniestros derivados de pérdida total, daños y/o hurto. C) Contratos de compraventa: Para que firme los correspondientes contratos de compraventa que se deriven del traspaso de vehículos a terceros con ocasión de la venta de salvamentos. Tercero: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Cuarto: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 543 del 23 de marzo de 2021, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C, registrada en esta Cámara de Comercio el 4 de Mayo de 2021 con el No. 00045217 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Claudia Casas Matiz, identificada con la cédula de ciudadanía No. 51.873.780, para que en su calidad de Gerente de Indemnizaciones de Seguros de Automóviles de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y en representación de la misma, ejecute los siguientes actos: A) Firma de objeciones: Para que firme las objeciones a las reclamaciones que sean presentadas respecto de las pólizas de seguros expedidas por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA correspondientes al ramo de automóviles. B) Levantamiento de prenda: Para que solicite con su firma ante las distintas entidades financieras, el levantamiento de prenda constituida sobre vehículos asegurados por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA bajo ramo de automóviles y suscriba las comunicaciones relacionadas con la declaratoria de pérdidas totales, por hurto y/o daños. C) Formularios de traspaso y cancelación: Para que suscriba formularios de traspaso de vehículos a nombre de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, resultantes de pagos de siniestros por pérdida total por daños y/o hurto; para que suscriba formularios de traspaso de vehículos a nombre de terceros con ocasión de la venta de salvamentos y firme los formularios de cancelación de matrícula de automóviles, con ocasión de siniestros derivados de pérdida total, daños y/o hurto. D) Contratos de compraventa: Para que firme los correspondientes contratos de compraventa que se deriven del traspaso de vehículos a terceros con ocasión de la venta de salvamentos. Tercero: La vigencia del poder será por el término de duración del

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Cuarto: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 542 del 23 de marzo de 2021, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C, registrada en esta Cámara de Comercio el 5 de Mayo de 2021 con el No. 00045220 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Rubén Darío Fonseca Cristancho, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.867.123, para que en su calidad de Coordinador del Centro de Atención Vehicular de Bogotá de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y en representación de la misma, suscriba y firme los formularios de traspaso y cancelación de vehículos a nombre de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, resultantes de pagos de siniestros por pérdida total por daños y/o hurto en la ciudad de Bogotá. Tercero: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Cuarto: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 2765 del 02 de diciembre de 2021, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 13 de Enero de 2022, con el No. 00046619 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Claudia Patricia Palacio Arango, identificada con la cédula de ciudadanía número 42.897.931, para que en su calidad de Gerente Nacional de Ventas de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y en representación de la misma, firme los documentos relacionados con la gestión y coordinación de los intermediarios de seguros que requiera la Aseguradora, sean personas naturales o jurídicas, incluyendo pero sin limitar, contratos para la intermediación de seguros de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sus anexos y otrosíes; cartas de cancelación de claves; certificaciones y documentos de información de vinculación de intermediarios de seguros a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA; documentos de bienvenida; certificados y diplomas de

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

idoneidad para la intermediación de seguros que otorgue ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA; certificados de no oposición; certificados comerciales; y demás documentos que se deriven de dicha actividad o se requieran con ocasión de la misma. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 122 del 1 de febrero de 2022, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 9 de marzo de 2022, con el No. 00046923 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Kiara Geraldine Cipagauta Ramirez, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.020.778.662 y portadora de la tarjeta profesional de abogada No 277.600 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de Analista de Indemnizaciones de Seguros Patrimoniales de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en representación de la misma, ejecute los siguientes actos: representación instancia administrativa: Para que actúe en nombre y representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier entidad pública de todo orden o autoridad administrativa, con todas las facultades generales inherentes y necesarias para ejercer el derecho de defensa de la aseguradora, promover todas las acciones procesales de impugnación previstas en desarrollo de cualquier actuación administrativa hasta su finalización, notificaciones, presentar recursos, excepciones, nulidades e incidentes en ejecuciones administrativas de cobro coactivo, y la facultad expresa para conciliar en actuaciones administrativas y/o centros de conciliación habilitados de todo el país. La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 125 del 1 de febrero de 2022, otorgada en

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 10 de marzo de 2022, con el No. 00046928 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Sonia Catalina Martínez Roza, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.010.176.820 y portadora de la tarjeta profesional de abogada No 218.244 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de Analista de Indemnizaciones de Seguros Patrimoniales de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en representación de la misma, ejecute los siguientes actos: representación instancia administrativa: actúe en nombre y representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier entidad pública de todo orden o autoridad administrativa, con todas las facultades generales inherentes y necesarias para ejercer el derecho de defensa de la aseguradora, promover todas las acciones procesales de impugnación previstas en desarrollo de cualquier actuación administrativa hasta su finalización, notificaciones, presentar recursos, excepciones, nulidades e incidentes en ejecuciones administrativas de cobro coactivo, y la facultad expresa para conciliar en actuaciones administrativas y/o centros de conciliación habilitados de todo el país. La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 123 del 1 de febrero de 2022, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 10 de marzo de 2022, con el No. 00046929 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Jorge Noel Vega Sarmiento, identificado con la cédula de ciudadanía No. 80.011.452 y portador de la tarjeta profesional de abogado No 174.566 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de Profesional Abogado de Indemnizaciones de Seguros Patrimoniales de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en representación de la misma, ejecute los siguientes actos: representación instancia administrativa: actúe en nombre y representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier entidad pública de todo orden o autoridad administrativa, con todas las facultades generales inherentes y

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

necesarias para ejercer el derecho de defensa de la aseguradora, promover todas las acciones procesales de impugnación previstas en desarrollo de cualquier actuación administrativa hasta su finalización, notificaciones, presentar recursos, excepciones, nulidades e incidentes en ejecuciones administrativas de cobro coactivo, y la facultad expresa para conciliar en actuaciones administrativas y/o centros de conciliación habilitados de todo el país. La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 126 del 1 de febrero de 2022, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 10 de marzo de 2022, con el No. 00046930 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Olga Yolima Baez Suarez, identificada con la cédula de ciudadanía No. 35.466.993, para que en su calidad de Directora de Operaciones de la Gerencia de Negocios Corporativos y Canales Alternos de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y en representación de la misma, ejecute los siguientes actos: A) Firme las certificaciones de pago de prima de negocios que le indique ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA respecto de las pólizas que se comercialicen y se encuentren depositadas ante la Superintendencia Financiera de Colombia. B) Firme las pólizas que se suscriban en virtud de los negocios entre ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA con GIROS & FINANZAS COMPAÑIA DE FINANCIAMIENTO SA. La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 127 del 1 de febrero de 2022, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 10 de marzo de 2022, con el No. 00046933 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Andrea del

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Pilar Puerto Corredor, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.700.397, para que en su calidad de Gerente de Licitaciones de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y en representación de la misma, firme propuestas y contratos de procesos de convocatoria pública (procesos de mínima cuantía, selección abreviada, licitación pública e invitaciones públicas) y/o privada en los que participe ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA de forma individual o bajo la figura de unión temporal o coaseguro, e igualmente para suscribir la documentación necesaria para la legalización y perfeccionamiento de la etapa precontractual, contractual y postcontractual, cuyo negocio no sea mayor a mil millones de pesos moneda corriente (\$1.000.000.000 M/CTE). Igualmente, para que asista en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA a audiencias de adjudicación de los procesos de convocatoria pública y/o privada. Dichas facultades se le otorgan a nivel nacional. La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 124 del 1 de febrero de 2022, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 10 de marzo de 2022, con el No. 00046934 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Katheryne Lizzbeth Suárez Perilla, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.033.748.340 y portadora de la tarjeta profesional de abogada No 293.461 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de Analista de Indemnizaciones de Seguros Patrimoniales de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en representación de la misma, ejecute los siguientes actos: representación instancia administrativa: actúe en nombre y representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier entidad pública de todo orden o autoridad administrativa, con todas las facultades generales inherentes y necesarias para ejercer el derecho de defensa de la aseguradora, promover todas las acciones procesales de impugnación previstas en desarrollo de cualquier actuación administrativa hasta su finalización, notificaciones, presentar recursos, excepciones, nulidades e incidentes en ejecuciones administrativas de cobro

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

coactivo, y la facultad expresa para conciliar en actuaciones administrativas y/o centros de conciliación habilitados de todo el país. La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 464 del 16 de marzo de 2022, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 30 de Marzo de 2022, con el No. 00047050 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Marcela Reyes Mossos, identificada con la cédula de ciudadanía No. 53.083.193 y tarjeta profesional No. 185.061, para que actúe en nombre y representación de ASGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier entidad pública de todo orden o autoridad administrativa, con todas las facultades generales inherentes y necesarias para ejercer el derecho de defensa de la aseguradora, promover todas las acciones procesales de impugnación previstas en desarrollo de cualquier actuación administrativa hasta su finalización, notificaciones, presentar recursos, excepciones, nulidades e incidentes en ejecuciones administrativas de cabro coactivo y la facultad expresa para conciliar en actuaciones administrativas y/o centros de conciliación habilitados de todo el país. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Tercero Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

Por Escritura Pública No. 2638 del 24 de noviembre de 2022, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 20 de Diciembre de 2022, con el No. 00048925 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Alfonso Grismaldo Morales, identificado con la cédula de ciudadanía número 80.763.853, para que en su calidad de Gerente de la Agencia Santa Paula de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en la misma ciudad y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ejecute los siguientes actos: A) Expedir

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

y firmar pólizas en los ramos comercializados por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y que estén debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia, hasta por los montos señalados mediante escrito separado, suscrito por el presidente de la compañía o por quien este delegue. escrito que forma parte integral del presente poder. B) Representar en el Departamento de Cundinamarca y Bogotá D.C. a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de conciliación de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso, con las facultades de conciliación de que trata la citada norma, así como en todas aquellas audiencias de similar naturaleza efectuadas por cualquier autoridad de la rama judicial o administrativa a que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por el apoderado deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito pare el efecto por el Representante Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA En todo caso, tendrá as facultades expresas de confesar, absolver Interrogatorios y/o declaraciones. exhibir y reconocer documentos. C) Firmar propuestas y contratos de procesos de convocatoria pública (procesos de mínima cuantía, selección abreviada, licitación pública e invitaciones públicas) y/o privada en los que participe ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA de forma individual o bajo la figura de unión temporal o coaseguro. e igualmente para suscribir la documentación necesaria para la legalización y perfeccionamiento de la etapa precontractual, contractual y postcontractual, cuyo negocio no sea mayor a CIEN MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE (\$100.000.000 M/CTE). Igualmente, para que asista en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA a audiencias de adjudicación de los procesos de convocatoria pública y/o privada. Dichas facultades se le otorgan únicamente en el Departamento de Cundinamarca y Bogotá D.C., Segundo la vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligara a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 2640 del 24 de noviembre de 2022, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 28 de Diciembre de 2022, con el No. 00048995 del libro V,

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Cesar Andres Polania Chaves, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.664.774, para que en su calidad de Gerente de la Agencia Villavicencio de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en la misma ciudad y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: A) Expedir y firmar pólizas en los ramos comercializados por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y que estén debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia, hasta por los montos señalados mediante escrito separado, suscrito por el Presidente de la Compañía o por quien este delegue, escrito que forma parte integral del presente poder. B) Representar en los Departamentos Meta, Vichada, Guainía, Vaupés y Guaviare a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de conciliación de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso, con las facultades de conciliación de que trata la citada norma, así como en todas aquellas audiencias de similar naturaleza efectuadas por cualquier autoridad de la rama judicial o administrativa a que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por el apoderado deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito para el efecto por el Representante Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. En todo caso, tendrá las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o declaraciones, exhibir y reconocer documentos. C) Firmar propuestas y contratos de procesos de convocatoria pública (procesos de mínima cuantía, selección abreviada, licitación pública e invitaciones públicas) y/o privada en los que participe ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA de forma individual o bajo la figura de unión temporal o coaseguro, e igualmente para suscribir la documentación necesaria para la legalización y perfeccionamiento de la etapa precontractual, contractual y postcontractual, cuyo negocio no sea mayor a ciento cincuenta millones de pesos moneda corriente (\$150,000.000 M/CTE). Igualmente, para que asista en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA a audiencias de adjudicación de los procesos de convocatoria pública y/o privada. Dichas facultades se le otorgan únicamente en los en los Departamentos Meta, Vichada, Guainía, Vaupés y Guaviare. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con. ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadosselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 2642 del 24 de noviembre de 2022, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 29 de Diciembre de 2022, con el No. 00049003 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Diana Forero Parra, identificada con la cédula de ciudadanía No. 51.969.935, para que en su calidad de Gerente de la Agencia Park Way de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en la misma ciudad y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: A) Expedir y firmar pólizas en los ramos comercializados por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y que estén debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia, hasta por los montos señalados mediante escrito separado, suscrito por el Presidente de la compañía o por quien este delegue, escrito que forma parte integral del presente poder. B) Representar en el Departamento de Cundinamarca y Bogotá DC. a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de conciliación de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso, con las facultades de conciliación de que trata la citada norma, así como en todas aquellas audiencias de similar naturaleza efectuadas por cualquier autoridad de la rama judicial o administrativa a que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por la apoderada deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito para el efecto por el Representante Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. En todo caso, tendrá las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o declaraciones, exhibir y reconocer documentos. C) Firmar propuestas y contratos de procesos de convocatoria pública (procesos de mínima cuantía, selección abreviada, licitación pública e invitaciones públicas) y/o. privada en los que participe ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA de forma individual o bajo la figura de unión temporal o coaseguro, e igualmente para suscribir la documentación necesaria para la legalización y perfeccionamiento de la etapa precontractual, contractual y postcontractual, cuyo negocio no sea mayor a cien millones de pesos moneda corriente (\$100.000.000 M/CTE). Igualmente, para que asista en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA a audiencias de adjudicación de los procesos de convocatoria pública y/o privada,

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

dichas facultades se le otorgan únicamente en el Departamento de Cundinamarca y Bogotá D.C. La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 2670 del 28 de noviembre de 2022, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 29 de Diciembre de 2022, con el No. 00049004 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Jesus Santiago Saavedra Santa, identificado con la cédula de ciudadanía No. 93.378.991, para que en su calidad de Gerente de Ventas Zona Nororiente de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en la misma ciudad y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: A) Expedir y firmar pólizas en los ramos comercializados por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y que estén debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia, hasta por los montos señalados mediante escrito separado, suscrito por el Presidente de la compañía o por quien este delegue, escrito que forma parte integral del presente poder. B) Representar a nivel nacional a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de conciliación de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso, con las facultades de conciliación de que trata la citada norma, así como en todas aquellas audiencias de similar naturaleza efectuadas por cualquier autoridad de la rama judicial o administrativa a que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por el apoderado deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito para el efecto por el Representante Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. En todo caso, tendrá las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o declaraciones, exhibir y reconocer documentos. C) Firmar propuestas y contratos de procesos de convocatoria pública (procesos de mínima cuantía, selección abreviada, licitación pública e invitaciones públicas) y/o privada en los que participe ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA de forma individual o bajo la figura de unión temporal o coaseguro, e igualmente para suscribir la documentación necesaria

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadosselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

para la legalización y perfeccionamiento de la etapa precontractual, contractual y postcontractual, cuyo negocio no sea mayor a quinientos millones de pesos moneda corriente (\$500.000.000 M/CTE). Igualmente, para que asista en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA a audiencias de adjudicación de los procesos de convocatoria pública y/o privada. Dichas facultades se le otorgan a nivel nacional. La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 2635 del 24 de noviembre de 2022, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 29 de Diciembre de 2022, con el No. 00049007 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Elena Carolina Marin Sanchez, identificada con la cédula de ciudadanía No. 43.870.233, para que en su calidad de Gerente de Ventas Zona Bogotá Propias de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en la misma ciudad y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: A) Expedir y firmar pólizas en los ramos comercializados por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y que estén debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia, hasta por los montos señalados mediante escrito separado, suscrito por el Presidente de la compañía o por quien este delegue, escrito que forma parte integral del presente poder. B) Representar a nivel nacional a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de conciliación de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso, con las facultades de conciliación de que trata la citada norma, así como en todas aquellas audiencias de similar naturaleza efectuadas por cualquier autoridad de la rama judicial o administrativa a que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por la apoderada deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito para el efecto por el Representante Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. En todo caso, tendrá las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o declaraciones, exhibir y reconocer documentos. C) Firmar propuestas y contratos de

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

procesos de convocatoria pública (procesos de mínima cuantía, selección abreviada, licitación pública e invitaciones públicas) y/o privada en los que participe ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA de forma individual o bajo la figura de unión temporal o coaseguro, e igualmente para suscribir la documentación necesaria para la legalización y perfeccionamiento de la etapa precontractual, contractual y postcontractual, cuyo negocio no sea mayor a ciento cincuenta millones de pesos moneda corriente (\$150.000.000 M/CTE). Igualmente, para que asista en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA a audiencias de adjudicación de los procesos de convocatoria pública y/o privada. Dichas facultades se le otorgan a nivel nacional. La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 2639 del 24 de noviembre de 2022, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 29 de Diciembre de 2022, con el 00049009 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente al señor Carlos Ernesto Monroy Franco, identificado con la cédula de ciudadanía número 79.505.066, para que en su calidad de Gerente de la Agencia Bogotá Avenida Suba de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en la misma ciudad y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ejecute los siguientes actos: A) Expedir y firmar pólizas en los ramos comercializados por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y que estén debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia, hasta por los montos señalados mediante escrito separado, suscrito por el presidente de la compañía o por quien este delegue. escrito que forma parte integral del presente poder. B) Representar en la ciudad de Bogotá D.C. y el Departamento de Cundinamarca a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de conciliación de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso, con las facultades de conciliación de que trata la citada norma, así como en todas aquellas audiencias de similar naturaleza efectuadas por cualquier autoridad de la rama judicial o administrativa a que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

conciliación adoptados por el apoderado deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito pare el efecto por el Representante Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA En todo caso, tendrá as facultades expresas de confesar, absolver Interrogatorios y/o declaraciones. exhibir y reconocer documentos. C) Firmar propuestas y contratos de procesos de convocatoria pública (procesos de mínima cuantía, selección abreviada, licitación pública e invitaciones públicas) y/o privada en los que participe ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA de forma individual o bajo la figura de unión temporal o coaseguro. e igualmente para suscribir la documentación necesaria para la legalización y perfeccionamiento de la etapa precontractual, contractual y postcontractual, cuyo negocio no sea mayor a CIEN MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE (\$100.000.000 M/CTE). Igualmente, para que asista en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA a audiencias de adjudicación de los procesos de convocatoria pública y/o privada. Dichas facultades se le otorgan únicamente en la ciudad Bogotá D.C., y en el Departamento de Cundinamarca. Segundo la vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligara a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 2636 del 24 de noviembre de 2022, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C. , registrada en esta Cámara de Comercio el 17 de Febrero de 2023, con el No. 00049253 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Sandra Milena Rodríguez Abdel Kader, identificada con la cédula de ciudadanía número 52.352.814, para que en su calidad de Gerente de Ventas Zona Centro y Seas Bogotá de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en la misma ciudad y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: A) Expedir y firmar pólizas en los ramos comercializados por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y que estén debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia, hasta por los montos señalados mediante escrito separado, suscrito por el Presidente de la Compañía o por quien este delegue, escrito que forma parte integral del presente poder. B) Representar a nivel nacional a ASEGURADORA

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de conciliación de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso, con las facultades de conciliación de que trata la citada norma, así como en todas aquellas audiencias de similar naturaleza efectuadas por cualquier autoridad de la rama judicial o administrativa a que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por la apoderada deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito para el efecto por el Representante Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. En todo caso, tendrá las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o declaraciones, exhibir y reconocer documentos. C) Firmar propuestas y contratos de procesos de convocatoria pública (procesos de mínima cuantía, selección abreviada, licitación pública e invitaciones públicas) y/o privada en los que participe ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA de forma individual o bajo la figura de unión temporal o coaseguro, e igualmente para suscribir la documentación necesaria para la legalización y perfeccionamiento de la etapa precontractual, contractual y postcontractual, cuyo negocio no sea mayor a Doscientos Millones De Pesos Moneda Corriente (\$200.000.000 M/CTE). Igualmente, para que asista en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA a audiencias de adjudicación de los procesos de convocatoria pública y/o privada. Dichas facultades se le otorgan a nivel nacional. La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 2669 del 28 de noviembre de 2022, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 17 de Febrero de 2023, con el No. 00049256 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Aryabu Arenas Rojas, identificada con la cédula de ciudadanía número 63.338.056, para que en su calidad de Gerente de Ventas Zona Suroccidente de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en la misma ciudad y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: A) Expedir y firmar pólizas en los ramos comercializados por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y que estén

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia, hasta por los montos señalados mediante escrito separado, suscrito por el Presidente de la Compañía o por quien este delegue, escrito que forma parte integral del presente poder. B) Representar a nivel nacional a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de conciliación de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso, con las facultades de conciliación de que trata la citada norma, así como en todas aquellas audiencias de similar naturaleza efectuadas por cualquier autoridad de la rama judicial o administrativa a que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por la apoderada deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito para el efecto por el Representante Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. En todo caso, tendrá las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o declaraciones, exhibir y reconocer documentos. C) Firmar propuestas y contratos de procesos de convocatoria pública (procesos de mínima cuantía, selección abreviada, licitación pública e invitaciones públicas) y/o privada en los que participe ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA de forma individual o bajo la figura de unión temporal o coaseguro, e igualmente para suscribir la documentación necesaria para la legalización y perfeccionamiento de la etapa precontractual, contractual y postcontractual, cuyo negocio no sea mayor a Doscientos Cincuenta Millones De Pesos Moneda Corriente (\$250.000.000 M/CTE). Igualmente, para que asista en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA a audiencias de adjudicación de los procesos de convocatoria pública y/o privada. Dichas facultades se le otorgan a nivel nacional. La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 68 del 25 de enero de 2023, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 24 de Febrero de 2023, con el No. 00049298 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Héctor Fernando Cortes Saavedra, mayor de edad, de racionalidad colombiana, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.049.609.978, para

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

que en su calidad de Gerente de licitaciones de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. en la misma ciudad y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. ejecute los siguientes actos: A) Expedir y firmar pólizas en los ramos comercializados por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y que estén debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia, hasta por los montos señalados mediante escrito separado, suscrito por el presidente de La compañía o por quien este delegue, escrito que forma parte integral del presente poder. B) Representar a nivel nacional a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en la audiencias de conciliación de que trata el artículo 372 del Código General de Proceso, con las facultades de conciliación de que trata la citada norma, así como en todas aquellas audiencias de similar naturaleza efectuadas por cualquier autoridad de la rama judicial o administrativa a que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por el apoderado deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito para el efecto por el Representante Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. En todo caso, tendrá las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o declaraciones, exhibir y reconocer documentos. C) Firmar propuestas y contratos de procesos de convocatoria pública (procesos de mínima cuantía, selección abreviada, licitación pública e invitaciones públicas) y/o privada en los que participe ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA de forma individual abajo la figura de unión temporal o coaseguro, e igualmente para suscribir la documentación necesaria para la legalización y perfeccionamiento de la etapa precontractual, contractual y postcontractual cuyo negocio no sea mayor a MIL TRESCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$1.300.000.000 MICTE). Igualmente, para que asista en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA a audiencias de adjudicación de los procesos de convocatoria Publica y/o privada. Dichas facultades se le otorgan a nivel nacional. SEGUNDO: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. TERCERO: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligara a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en los términos del artículo 1266 del código de comercio.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Por Escritura Pública No. 0012 del 10 de enero de 2022, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 24 de Febrero de 2023, con el No. 00049300 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Gilberto Osorio Rojas, identificado con la cédula de ciudadanía No. 80.279.162, para que en su calidad de Coordinador de licitaciones de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en la misma ciudad y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: A) Expedir y firmar pólizas en los ramos comercializados por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y que estén debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia, hasta por los montos señalados mediante escrito separado, suscrito por el presidente de la Compañía o por quien este delegue, escrito que forma parte integral del presente poder. B) Representar a nivel nacional a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de conciliación de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso, con las facultades de conciliación de que trata la citada norma, así como en todas aquellas audiencias de similar naturaleza, efectuadas por cualquier autoridad de la rama judicial o administrativa a que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por el apoderado deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito para el efecto por el Representante legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. En todo caso, tendrá las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o declaraciones, exhibir y reconocer documentos. C) Firmar propuestas y contratos de procesos de convocatoria pública (procesos de mínima cuantía, selección abreviada, licitación pública e invitaciones públicas) y/o privada en los que participe ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA de forma individual o bajo la figura de unión temporal o coaseguro, e igualmente para suscribir la documentación necesaria para la legalización y perfeccionamiento de la etapa precontractual, contractual y postcontractual, cuyo negocio no sea mayor a quinientos millones de pesos moneda corriente (\$500.000.000 M/CTE). Igualmente, para que asista en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA a audiencias de adjudicación de los procesos de convocatoria pública y/o privada. Dichas facultades se le otorgan a nivel nacional. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

momento. Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 2634 del 24 de noviembre de 2022, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 25 de Abril de 2023, con el No. 00049784 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Claudia Vélez Botero, identificada con la cédula de ciudadanía número 24.578.874, para que en su calidad de Gerente de Ventas Zona Antioquia de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en la misma ciudad y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ejecute los siguientes actos: a) Expedir y firmar pólizas en los ramos comercializados por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y que estén debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia, hasta por los montos señalados mediante escrito separado, suscrito por el presidente de la Compañía o por quien este delegue, escrito que forma parte integral del presente poder. b) Representar a nivel nacional a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de conciliación de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso, con las facultades de conciliación de que trata la citada norma, así como en todas aquellas audiencias de similar naturaleza efectuadas por cualquier autoridad de la rama judicial o administrativa que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por la apoderada deberán obedecer a las Instrucciones impartidas por escrito para el efecto por el Representante Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. En todo caso, tendrá las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o declaraciones, exhibir y reconocer documentos: c) Firmar propuestas y contratos de procesos de convocatoria pública (procesos de mínima cuantía, selección abreviada, licitación pública e invitaciones públicas) y/o privada en los que participe ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA de forma individual o bajo la figura de unión temporal o coaseguro, e igualmente para suscribir la documentación necesaria para la legalización y perfeccionamiento de la etapa precontractual, contractual y post contractual, cuyo negocio no sea mayor a Doscientos Cincuenta Millones de Pesos Moneda Corriente (\$250.000.000 M/CTE). Igualmente, para que asista en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA a audiencias

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

de adjudicación de los procesos de convocatoria pública y/o privada. Dichas facultades se le otorgan a nivel nacional. La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 169 del 9 de febrero de 2023, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C, registrada en esta Cámara de Comercio el 9 de Mayo de 2023 con el No. 00049879 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a María Cristina Estrada Tobón identificada con cedula de ciudadanía número 43.086.724 de Medellín y portadora de la tarjeta profesional de Abogada número 70.319 del Consejo Superior de la Judicatura y a Beatriz Elena Estrada Tobón identificada con la cedula de ciudadanía número 42.756.148 de Itagüí y portadora de la Tarjeta Profesional de Abogada número 63.383 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en sus respectivas calidades de Abogadas de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en representación de la misma, ejecuten los siguientes actos: A)Representación: para que representen a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier autoridad judicial y administrativa, con las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o declaraciones, exhibir y reconocer documentos, o tacharlos de falsos B) Conciliación: para que representen a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, con las facultades expresas de conciliación en las audiencias de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso y la ley 640 de 2001 o normas sustitutivas, así como en todas aquellas audiencias de similar naturaleza alas que sea citada la Compañía. C)Notificaciones y Agotamiento De Recursos En La Actuación Administrativa: para que se notifiquen de cualquier providencia administrativa, regulada por la ley 610 de 2000, la Ley 1150 de 2007, la Ley 1474 de 2011, o demás normas sustitutivas y/o complementarias, promueva incidentes de nulidad e interponga recursos de reposición, apelación, queja y desista de ellos si fuere el caso.

Por Escritura Pública No. 2951 de la Notaría 44 de Bogotá D.C. Del 19 de agosto de 2016 inscrita el 25 de agosto de 2016 bajo el No. 00035310 del libro V, compareció Carlos Eduardo Valencia Cardona,

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.240.545 de Bogotá D.C., en calidad de representante legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Que por medio del presente instrumento público confiere poder especial, amplio y suficiente a Diego Armando Vera Vaquiro, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.921.139 de Bogotá y portador de la tarjeta profesional de abogado No. 171.779 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA pueda ejecutar los siguientes actos: A) Representación: Para que a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier autoridad judicial y administrativa, con las facultades expresas de confesar, absolver y/o rendir declaraciones, exhibir y reconocer documentos, o tacharlos de falsos. B) Conciliación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, con las facultades expresas de conciliación en las audiencias de que trata el Artículo 101 del Código de Procedimiento Civil y la ley 640 de 2001, o normas sustantivas, así como todas aquellas audiencias de similar naturaleza a las que sea citada de la compañía. C) Notificaciones y agotamiento de los recursos en la actuación administrativa: Para que se notifique de cualquier providencia administrativa regulada por las Leyes 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, y Ley 610 de 2000, o demás normas sustitutivas y complementarias, promueva incidentes de nulidad e interponga recursos de reposición, apelación, queja y desista de ellos si fuere el caso. Se advierte que el presente mandato se tendrá por terminado en caso de presentarse una de las causales contempladas en el Artículo 2189 del Código Civil.

Por Escritura Pública No. 170 de la Notaría 44 de Bogotá D.C., del 26 de enero de 2018 inscrita el 7 de febrero de 2018 bajo el Registro No. 00038751 del libro V compareció Carlos Eduardo Valencia Cardona identificado con cédula de ciudadanía No. 19240545 de Bogotá en su calidad de representante legal por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial a Esteban Jiménez Mejía identificado con cédula de ciudadanía No. 1037594587 de Envigado, de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA para que en su calidad de abogado para ejecutar los siguientes actos: A) Representación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ante cualquier autoridad judicial con las facultades expresas de confesar, absolver, interrogatorios y/o declaraciones, exhibir, y reconocer documentos, o tachados de falsos. B) Conciliación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

ENTIDAD COOPERATIVA, con las facultades expresas de conciliación en las audiencias de que trata el Artículo 372 del Código General del Proceso y la Ley 640 de 2001, o normas sustitutivas, así como todas aquellas audiencias de similar naturaleza a las que sea citada de la compañía. C) Notificaciones y agotamiento de los recursos en la actuación administrativa: Para que se notifique de cualquier providencia administrativa regulada por las Leyes 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, Ley 610 de 2000, o demás normas sustitutivas y complementarias, promueva incidentes de nulidad e interponga recursos de reposición, apelación, queda, y desista de ellos si fuere el caso.

Por Escritura Pública No. 156 de la Notaría 44 de Bogotá D.C., del 26 de enero de 2018 inscrita el 7 de febrero de 2018 bajo el Registro No. 00038752 del libro V, compareció Carlos Eduardo Valencia Cardona identificado con cédula de ciudadanía No. 19240545 de Bogotá en su calidad de representante legal, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial, amplio y suficiente a Carlos Humberto Plata Sepúlveda identificado con cédula de ciudadanía No. 91.289.166 de Bucaramanga y portador de la tarjeta profesional número 99.086 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA para ejecutar los siguientes actos: A) Representación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ante cualquier autoridad judicial con las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o declaraciones, exhibir, y reconocer documentos, o tacharlos de falsos. B) Conciliación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, con las facultades expresas de conciliación en las audiencias de que trata el Artículo 372 del Código General del Proceso y la Ley 640 de 2001, o normas sustitutivas, así como todas aquellas audiencias de similar naturaleza a las que sea citada de la compañía. C) Notificaciones y agotamiento de los recursos en la actuación administrativa: Para que se notifique de cualquier providencia administrativa regulada por las Leyes 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, Ley 610 de 2000, o demás normas sustitutivas y complementarias, promueva incidentes de nulidad e interponga recursos de reposición, apelación, queja, y desista de ellos si fuere el caso.

Por Escritura Pública No. 798 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 05 de julio de 2019, inscrita el 17 de Julio de 2019 bajo el registro No. 00041848 del libro V, compareció José Iván Bonilla Pérez identificado con cédula de ciudadanía No. 79.520.827 de Bogotá D.C.,

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial, amplio y suficiente a Yezid García Arenas, identificado con cedula ciudadanía No. 93.394.569 de Ibagué y portador de la Tarjeta Profesional de Abogado No. 132.890 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA pueda ejecutar los siguientes actos: A) Representación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier autoridad judicial y administrativa, con las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o rendir declaraciones, exhibir y reconocer documentos, o tacharlos de falsos. B) Conciliación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, con las facultades expresas de conciliación en las audiencias de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso y la Ley 640 de 2001, o normas sustitutivas, así como todas aquellas audiencias de similar naturaleza a las que sea citada de la Compañía. C) Notificaciones y agotamiento de las actuaciones administrativas: Para que se notifique de cualquier providencia administrativa regulada por las Leyes 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, Ley 610 de 2000, o demás normas sustitutivas y complementarias, promueva incidentes de nulidad e interponga recursos de reposición, apelación, queja, y desista de ellos si fuere el caso.

Por Escritura Pública No. 799 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 05 de julio de 2019, inscrita el 18 de Julio de 2019 bajo el registro No. 00041860 del libro V, compareció Jose Ivan Bonilla Pérez identificado con cédula de ciudadanía No. 79.520.827 de Bogotá D.C. en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial, amplio y suficiente a Jinneth Hernandez Galindo, mayor de edad, de nacionalidad colombiana, identidad con cedula de ciudadanía número 38.550.445 de Cali y portadora de la Tarjeta Profesional de Abogada número 222.837 del Consejo Superior de la Judicatura, par que en su calidad de abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA pueda ejecutar los siguientes actos: A) REPRESENTACION: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier autoridad judicial y administrativa con las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o rendir declaraciones, exhibir y reconocer documentos, o tacharlos de falsos. B) CONCILIACION: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, con las facultades expresas de

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

conciliación en las audiencias de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso y la ley 640 de 2001, o normas sustitutivas, así como todas aquellas audiencias de similar naturaleza a las que sea citada de la Compañía. C) NOTIFICACIONES Y AGOTAMIENTO DE LAS ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS Para que se notifique de cualquier providencia administrativa regulada por las leyes 1150 de 2007, ley 1474 de 2011, ley 610 de 2000 o demás normas sustitutivas y complementarias, promueva incidentes de nulidad e interponer recursos de reposición, apelación, queja y desista de ellos si fuere el caso.

Por Escritura Pública No. 852 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 16 de julio de 2019, inscrita el 23 de Julio de 2019 bajo el registro No. 00041898 del libro V, compareció Carlos Arturo Guzman Pelaez identificado con cédula de ciudadanía No. 16.608.605 de Cali en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial, amplio y suficiente a Adriana Elizabeth Tovar Bustos identificado con cedula de ciudadanía No. 1.033.715.614 de Bogotá D.C., con Tarjeta Profesional de Abogada No. 211.218 del Consejo Superior de la Judicatura para que en su calidad de abogada de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA pueda ejecutar los siguientes actos: A) Representación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier autoridad judicial y administrativa, con las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o rendir declaraciones, exhibir y reconocer documentos, o tacharlos de falsos. B) Conciliación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, con las facultades expresas de conciliación en las audiencias de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso y la ley 640 de 2001, o normas sustitutivas, así como todas aquellas audiencias de similar naturaleza a las que sea citada de la Compañía. C) Notificaciones y agotamiento de las actuaciones administrativa: Para que se notifique de cualquier providencia administrativa regulada por las leyes 1150 del año dos mil siete (2007), ley 1474 deI año dos mil once (2011), ley 610 deI año dos mil (2000), o demás normas sustitutivas y complementarias, promueva incidentes de nulidad e interponga recursos de reposición, apelación, queja, y desista de ellos si fuere el caso.

REFORMAS DE ESTATUTOS

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

ESCRITURAS NO.	FECHA	NOTARIA	INSCRIPCION
64	18-I-1985	32 BOGOTA	9-XI-1992 NO. 385181
3296	16- XI- 1993	41 STAFE BTA	22- XI- 1993 NO.428.026
1600	05-VI--1.996	41 STAFE BTA	02-VII-1.996 NO.544.002

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E. P. No. 0004201 del 17 de octubre de 1991 de la Notaría 20 de Bogotá D.C.	00787185 del 25 de julio de 2001 del Libro IX
E. P. No. 0007237 del 18 de septiembre de 1992 de la Notaría 5 de Bogotá D.C.	00787224 del 25 de julio de 2001 del Libro IX
E. P. No. 0000848 del 15 de abril de 1998 de la Notaría 41 de Bogotá D.C.	00630146 del 16 de abril de 1998 del Libro IX
E. P. No. 0001272 del 27 de mayo de 1998 de la Notaría 41 de Bogotá D.C.	00636167 del 29 de mayo de 1998 del Libro IX
E. P. No. 0000623 del 3 de abril de 2002 de la Notaría 41 de Bogotá D.C.	00822816 del 16 de abril de 2002 del Libro IX
E. P. No. 0001628 del 19 de julio de 2004 de la Notaría 43 de Bogotá D.C.	00944981 del 27 de julio de 2004 del Libro IX
E. P. No. 0000420 del 9 de marzo de 2007 de la Notaría 43 de Bogotá D.C.	01116003 del 13 de marzo de 2007 del Libro IX
E. P. No. 0000771 del 24 de abril de 2007 de la Notaría 43 de Bogotá D.C.	01128992 del 8 de mayo de 2007 del Libro IX
E. P. No. 1107 del 5 de mayo de 2011 de la Notaría 43 de Bogotá D.C.	01480388 del 19 de mayo de 2011 del Libro IX
E. P. No. 1779 del 24 de julio de 2013 de la Notaría 43 de Bogotá D.C.	01753454 del 31 de julio de 2013 del Libro IX

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 6511

ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO

A nombre de la persona jurídica figura(n) matriculado(s) en esta Cámara de Comercio de Bogotá el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

Nombre:	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA AGENCIA PARK WAY
Matrícula No.:	00528479
Fecha de matrícula:	12 de enero de 1993
Último año renovado:	2023
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cr 21 # 39 B - 73
Municipio:	Bogotá D.C.

Nombre:	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA AGENCIA SANTA PAULA
---------	--

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadosselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Matrícula No.:	00660080
Fecha de matrícula:	16 de agosto de 1995
Último año renovado:	2023
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cr 15 No. 106 - 98
Municipio:	Bogotá D.C.
Nombre:	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA AGENCIA KENNEDY
Matrícula No.:	01078754
Fecha de matrícula:	29 de marzo de 2001
Último año renovado:	2023
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cl 40 Sur No 78 A - 18 Sur
Municipio:	Bogotá D.C.
Nombre:	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA AGENCIA AVENIDA SUBA
Matrícula No.:	01753762
Fecha de matrícula:	13 de noviembre de 2007
Último año renovado:	2023
Categoría:	Agencia
Dirección:	Av Suba Tv 60 # 115 - 58 To A
Municipio:	Bogotá D.C.
Nombre:	AGENCIA BOGOTA CALLE 100
Matrícula No.:	02162991
Fecha de matrícula:	30 de noviembre de 2011
Último año renovado:	2023
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cr 13 No. 98 - 21 Lc 101
Municipio:	Bogotá D.C.
Nombre:	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA AGENCIA BOGOTA SECTOR SOLIDARIO
Matrícula No.:	02249331
Fecha de matrícula:	30 de agosto de 2012
Último año renovado:	2023
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Cl 100 # 9 A- 45 Piso 12 (Prestacion De Servicio Al Publico De

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Municipio: Bogotá D.C.

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

TAMAÑO EMPRESARIAL

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Grande

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria \$ 1.104.761.804.312

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 6511

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES.

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación son informativos: Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección de Impuestos, fecha de inscripción : 22 de febrero de 2022. Fecha de envío de información a Planeación : 5 de junio de 2023. \n \n Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 8 de junio de 2023 Hora: 10:09:20**

Recibo No. AB23254001

Valor: \$ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2325400127BFF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a www.supersociedades.gov.co para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.


CONSTANZA PUENTES TRUJILLO

Historia Clínica Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

	<h1>Historia Clinica Urgencias</h1>	SLV-GC—03-F08-V14
		PAGINA: 1/117

Folio: 1 Fecha de Registro: 12/11/2014 12:14:30 p. m. Ingreso: 708374 N° Historia Clínica: 10527165
 Área de Servicio: URGENCIAS - CONSULTA 24/03/2022 10:58

Datos Personales

Nombre Paciente: HENRY POLINDARA Identificación: 10527165 Sexo: Masculino
 Fecha Nacimiento: 10/mayo/1953 Edad Actual: 68 Años \ 10 Meses \ 14 Días Estado Civil: Casado
 Dirección: CALLE 4 41 07 Teléfono: 3154530825
 Procedencia: POPAYAN Ocupación: TERCERA EDAD

Datos de Afiliación

Régimen: Contributivo
 Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S Nivel - Estrato: NIVEL DOS

Datos del Ingreso

FOLIO N° 1

(Fecha: 12/11/2014 12:14 p. m.)

Acudiente/Responsable: MARIA HIDALGO Teléfono Resp: 708374 Fecha: 12/11/2014 11:07:35 a. m.
 Dirección Resp: N° Ingreso: 708374 Fecha: 12/11/2014 11:07:35 a. m.
 Finalidad Consulta: No_Aplica Causa Externa: Enfermedad_General
 Nombre del Padre: NO DATO Nombre de la Madre: ALEJANDRINA

Antecedentes

Médicos	DBT	12/11/2014 12:00:59 p. m.
Médicos	DM TIPO II	15/11/2014 3:06:31 p. m.
Quirúrgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:35 p. m.
Tóxicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:41 p. m.
Alérgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:55 p. m.
Alérgicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:47 p. m.
Farmacológicos	GLICOAVANCE 1 TAB DIA	12/11/2014 12:02:04 p. m.
Farmacológicos	LO REIERIDO	15/11/2014 3:06:52 p. m.
Familiares	NIEGA	12/11/2014 12:02:29 p. m.
Familiares	NIEGA	15/11/2014 3:07:03 p. m.

Reingreso: No



Profesional: YULY BIBIANA PINO YACUMAL
 Especialidad: MEDICINA GENERAL

Registro Profesional: 630178

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Urgencias

SLV-GC—03-F08-V14

PAGINA: 2/117

Folio: 1 Fecha de Registro: 12/11/2014 12:14:30 p. m. Ingreso: 708374 N° Historia Clínica: 10527165

Área de Servicio: URGENCIAS - CONSULTA

24/03/2022 10:58

Tipo de Riesgo

Caídas

Evaluación:

Downton: Riesgo de Caídas 1

Norton: UPP

16

ALERTA!!!

Modo de Llegada

Modo de Llegada: SOLO

Causa Externa Específica Urgencias: N/A

Motivo de Consulta

REMITIDO DE NIVEL I SIN COMENTAR

Enfermedad Actual

PACIENTE MASCULINO DE 61 AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA CON CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN PRESENCIA DE DOLOR A NIVEL DE MUSLO IZQUIERDO, Y SENSACION DE MASA A ESTE NIVEL CONSULTO ANIVEL DE I DE COMPULAB DE DONDE LO REMITEN PARA VALORACION POR URGENCIAS.

Aislamiento Indicado: No

Revisión por Sistema: NINGUNO

Exámen Físico

Signos Vitales

TA: 113 / 80 FC: 79 FR: 18 T°: 36,0 Peso: 68,0 Kgs Glucometría: No Saturometría: No

Paciente con Dolor? Si

EAD: 10

Estado General: BUEN ASPECTO GENERAL

	Observación
Cabeza y Cuello:	NORMOCEFALO, SIN MASAS NI PUNTOS DOLOROSOS, CUELLO NO MASAS NI ADENOPATIAS, LLENADO YUGULAR NORMAL
Ojos:	PUPILAS DE 3 MM REACTIVAS NORMALES, ESCLERAS ANICTERICAS, ANEXOS SIN LESIONES
Otorrino:	MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, NARINAS LIBRES, OROFARINGE NO CONGESTIVA, TONCILAS NORMOTROFICAS

Profesional: YULY BIBIANA PINO YACUMAL

Registro Profesional: 630178

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 10529955

	<h1>Historia Clínica Urgencias</h1>	SLV-GC—03-F08-V14
		PAGINA: 3/117

Folio: 1 Fecha de Registro: 12/11/2014 12:14:30 p. m. Ingreso: 708374 N° Historia Clínica: 10527165
 Área de Servicio: URGENCIAS - CONSULTA 24/03/2022 10:58

Cara:	SIMETRICA, SIN ALTERACIONES
Tórax:	NORMOEXPANSIVO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, TIEMPO EXPIRATORIO NORMAL
Pulmonar:	MURMULLO VESICULAR NORMAL, NO SOBREGREGADO, SIN SIGNOS DE CONSOLIDACION NI DERRAME
Corazón:	RITMICO, NO SOPLOS, LLENADO CAPILAR NORMAL
Abdomen:	NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO NORMAL, PERCUSION NORMAL, NO DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO SE PALPAN MASA NI MEGALIAS
Genitourinario:	PUÑO PERCUSION LUMBAR NEGATIVA
Extremidades:	PRESENTA DOLOR Y SENSACION DE MASA A NIVEL DE CARA LATERAL EXTERNA TERCIO MEDIO DE MUSLO IZQUIERDO CON ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADA , PULSOS PERIFERICOS PRESENTES , LLENADO CAPILAR ADECUADO,
Sistema Nervioso:	ALERTA ORIENTADO, NO FOCALIZADO, FUNCIONES SUPERIORES CONSERVADAS, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS Y TONO NORMALES, PARES CRANEALES VALORADOS SIN ALTERACIONES, NO RIGUIDEZ DE NUCA
Piel y Linfático:	LO REFERDO

Conciliación Medicamentosa

Conciliación Medicamentosa? No Información Entregada Por: Paciente

Nombre Quien Entrega la Información: HENRY POLINDARA

"EN LA ENTREVISTA SE REFIERE NO CONSUMO DE MEDICAMENTOS PREVIOS A ESTE INGRESO."

Análisis y Plan

PACIENTE CON SENSACION DE MASA DOLOROSA EN MUSLO IZQUIERDO REQUIERE TOMA DE PARACLINICOS Y ECOGRAFIA PARA DECARTEAR DESGARRO MUSCULAR V/S COLECCION SE REVALORARA CON RESULTADOS

Diagnóstico



Profesional: YULY BIBIANA PINO YACUMAL
Especialidad: MEDICINA GENERAL

Registro Profesional: 630178

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Urgencias

SLV-GC—03-F08-V14

PAGINA: 4/117

Folio: 1 Fecha de Registro: 12/11/2014 12:14:30 p. m. Ingreso: 708374 N° Historia Clínica: 10527165

Area de Servicio: URGENCIAS - CONSULTA

24/03/2022 10:58

M796 DOLOR EN MIEMBRO ☒ Principal
MUSLO IZQUIERDO
R224 TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN EL MIEMBRO INFERIOR ☐ Principal

Indicaciones Médicas

MEDICACION INDICADA
SS/ CH PCR
SS/ ECOGRAFIA Y RX DE MUSLO IZQUIERDO
REVALORAR

Medicamentos Solicitados

Código	Descripción	Cantidad
N02AT020701	TRAMADOL CLORHIDRATO 50 mg/mL SOLUCION INYECTABLE 50 MG EV DU	1
B05CB010500	CLORURO DE SODIO AL 0.9% SOLUCION INYECTABLE 500 ml DILUCION	1

Exámenes Solicitados

Código	Descripción	Cantidad
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	1
19806	PROTEINA C REACTIVA PCR PRUEBA CUANTITATIVA DE ALTA PRECISION	1
31122	EXTREMIDADES ARTICULAR CADERA PEDIATRICA HOMBRO O RODILLA ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN MUSLO IZQUIERDO	1
21102	BRAZO PIERNA RODILLA FEMUR HOMBRO OMOPLATO MUSLO IZQUIERDO	1

Profesional: YULY BIBIANA PINO YACUMAL**Registro Profesional:** 630178**Especialidad:** MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 5/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Fecha de Ingreso: 12/11/2014 11:07:35 a. m.

Area de Servicio: URGENCIAS - CONSULTA

Fecha de Registro: 12/11/2014 5:38:54 p. m.

Historia Clínica: 10527165

Ingreso: 708374

Folio: 4

Historia Clínica Evolución

CH NORMAL
 LEUCOCITOS : 11.15
 NEUTROFILOS %.: 58.3
 LINFOCITOS %.: 34.3
 HEMOGLOBINA : 15.1
 HEMATOCRITO : 41.0
 PLAQUETAS : 212

PCR : 1.55--- NEGATIVA

RX DE FEMUR IZQUIERDO

ECOGRAFÍA TEJIDOS BLANDOS: MUSLO IZQUIERDO
 SE APRECIA INFILTRACIÓN POR EDEMA DEL TCS ASÍ COMO DEL PARÉNQUIMA MUSCULAR QUE
 COMPROMETE EL VASTO EXTERNO HACIA EL TERCIO MEDIO DEL MUSLO EN ASOCIO A HIPEREMIA
 Y PRESENCIA DE COLECCIÓN ANECOICA FUSIFORME DE 11,6 X 3,4 X 7,2 mm (VOLUMEN 0.1 cc)

CONCLUSIÓN:

HALLAZGOS ECOGRÁFICOS COMPATIBLES CON MIOSITIS DEL VASTO EXTERNO EN ASOCIO A
 COLECCIÓN QUÍSTICA (MICRO ABSCESO?)
 RELEVANCIA DX BAJO CRITERIO CLÍNICO

Diagnóstico

R224	TUMEFACCIÓN, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN EL MIEMBRO INFERIOR	<input type="checkbox"/> Principal
M796	DOLOR EN MIEMBRO MUSLO IZQUIERDO	<input checked="" type="checkbox"/> Principal

Indicación Médica

SS/ CPK Y CREATININA.

Medicamentos

Código	Descripción	Cantidad
B05CB01050 0	CLORURO DE SODIO AL 0.9% SOLUCION INYECTABLE 500 ml 1500 CC EN BOLO EV	3
N02BA00140 0	ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GR VO DU	2
M01AD01570 1	DICLOFENACO SODICO 75 mg/3 mL SOLUCION INYECTABLE 75 mg/3mL IM DU	1

Profesional: YULY BIBIANA PINO YACUMAL

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Registro Médico: 630178

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 6/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Fecha de Ingreso: 12/11/2014 11:07:35 a. m.

Area de Servicio: URGENCIAS - CONSULTA

Fecha de Registro: 12/11/2014 5:38:54 p. m.

Historia Clínica: 10527165

Ingreso: 708374

Folio: 4

Exámenes

Código	Descripción	Cantidad
19290	CREATININA EN SUERO ORINA Y OTROS	1
19283	CREATINCINASA CK	1

Profesional: YULY BIBIANA PINO YACUMAL**Especialidad:** MEDICINA GENERAL**Registro Médico:** 630178

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1>Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 7/117

Folio: 5 **Fecha de Registro:** 12/11/2014 5:54:36 p. m. **N° de Historia Clínica:** 10527165
Nombre: HENRY POLINDARA **N° de Ingreso:** 708374
Area de Servicio: URGENCIAS INTERCONSULTA ESPECIALIZADA

Datos Personales

Nombre Paciente: HENRY POLINDARA **Identificación:** 10527165 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 10/mayo/1953 **Edad Actual:** 68 Años \ 10 Meses \ 14 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: CALLE 4 41 07 **Teléfono:** 3154530825
Procedencia: POPAYAN **Ocupación:** TERCERA EDAD

Datos de Afiliación

Régimen: Contributivo **Nivel - Estrato:** NIVEL DOS
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S

Datos del Ingreso

FOLIO N° 5

(Fecha: 12/11/2014 05:54 p. m.)

Responsable: MARIA HIDALGO **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: **Fecha Ingreso:** 12/11/2014 11:07:35 a. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General
Nombre del Padre: NO DATO **Nombre de la Madre:** ALEJANDRINA

Antecedentes

Médicos	DBT	12/11/2014 12:00:59 p. m.
Quirúrgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:35 p. m.
Alérgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:55 p. m.
Farmacológicos	GLICOAVANCE 1 TAB DIA	12/11/2014 12:02:04 p. m.
Familiares	NIEGA	12/11/2014 12:02:29 p. m.
Médicos	DM TIPO II	15/11/2014 3:06:31 p. m.
Tóxicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:41 p. m.
Alérgicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:47 p. m.
Farmacológicos	LO REIERIDO	15/11/2014 3:06:52 p. m.
Familiares	NIEGA	15/11/2014 3:07:03 p. m.

Signos Vitales

TA: 110 / 60 **FC:** 70 **FR:** 18 **T°:** 36,0 **Peso?** No
Saturometría: Si 94 **Glucometría:** No **Paciente con Dolor ?** No



Profesional: BERMUDEZ JOAQUI MILTON JAVIER

Registro Médico: RM 193465

Especialidad: MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1 style="text-align: center;">Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 8/117

Folio: 5 Fecha de Registro: 12/11/2014 5:54:36 p. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 708374

Area de Servicio: URGENCIAS INTERCONSULTA ESPECIALIZADA

Subjetiva

MEDICINA INTERNA

PROCEDENTE DE MARIA OCCIDENTE

AP: DIABETES EN MANEJO CON GLUCOVANCE 1 TAB AL DIA. NIEGA HTA
 QUIRURGICOS: NIEGA ALERGICOS: NIEGA
 TOXICOS: BEBEDOR OCASIONAL, NIEGA CONSUMO DE CIGARRILLO.

MC: DOLOR EN MUSLO IZQUIERDO

EA: CUADRO CLINICO DE 5 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR TIPO OPRESIVO Y CONSTANTE EN TERCIO PROXIMAL CARA EXTERNA DE MUSLO IZQUIERDO, NO IRRADIADO, ASOCIADO A ESCALORFRIOS, NIEGA FIEBRE. REFIERE QUE NO LO DEJO DORMIR Y EL DOLOR SE EXACERBABA AL CAMINAR, NIEGA TRAUMAS, U OTRA SINTOMATOLOGIA. EL DIA DE HOY CONSULTO A COMPULAB DONDE LE ORDENARON IBUPROFENO Y DICLOFENAC IM SIN OBSERVAR MEJORIA POR LO CAL REMITEN A ESTA INSTITUCION.

Objetiva

HIDRATADO, MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS

PIFR, ESCLERAS ANICTERICAS

TORAX NORMOEXPANSIVO

CORAZON: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONES MURMULLO VESICULAR PRESENTE, NO RUIDOS SOBREGREGADOS

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION

EXTREMIDADES: EN TERCIO PROXIMAL CARA EXTERNA DE MUSLO IZQUIERDO SENSACION DE MASA DE 3 X 2 CM, MOVIL, DOLOR LEVE A LA PALPACION, NO ADHERIDO A PLANOS PROFUNDOS.

SNC: ALERTA, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE

CUADRO HEMATICO: LEUCOCITOSIS SIN NEUTROFILIA

PCR: NEGATIVA

Analisis

PACIENTE EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIRS CLINICO, QUIEN REQUIERE PARACLINICOS COMPLEMENTARIOS, SEGUN VALOR DE CPK SE DEFINIRA SI SE DA MANEJO AMBULATORIO.

IDX: MIOSITIS DEL VASTO EXTERNO IZQUIERDO

DIABETES MELLITUS TIPO II NO CONTROLADA

Plan

- LEV SSN 1500 CC EN BOLO



Profesional: BERMUDEZ JOAQUI MILTON JAVIER

Registro Médico: RM 193465

Especialidad: MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1>Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 9/117

Folio: 5 Fecha de Registro: 12/11/2014 5:54:36 p. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 708374

Area de Servicio: URGENCIAS INTERCONSULTA ESPECIALIZADA

- DICLOFENAC 50 MG VO C/ 12 HRS X 7 DIAS
 ACETIMINOFEN 1GR VO C/ 8 HRS X 5 DIAS
 OMEPRAZOL 20 MG VO DIA

- TOMAR CPK Y CREATININA SI SON NORMALES O CPK NIVELES BAJOS SALIDA CON RECOMENDACIONES GRALES SIGNOS DE ALARMA Y NO SOBRESFUERZO CONTROL POR MEDICINA INTERNA EN 1 SEMANA CON CPK GLICEMIA
 CONTROL ECOGRAFICO MUSLO IZQUIERDO EN 1 SEMANA

Diagnostico

M796 DOLOR EN MIEMBRO
 MUSLO IZQUIERDO

☒ Principal

Indicaciones Médicas

- LEV SSN 1500 CC EN BOLO
 - DICLOFENAC 50 MG VO C/ 12 HRS X 7 DIAS
 ACETIMINOFEN 1GR VO C/ 8 HRS X 5 DIAS
 OMEPRAZOL 20 MG VO DIA

- TOMAR CPK Y CREATININA SI SON NORMALES O CPK NIVELES BAJOS SALIDA CON RECOMENDACIONES GRALES SIGNOS DE ALARMA Y NO SOBRESFUERZO CONTROL POR MEDICINA INTERNA EN 1 SEMANA CON CPK GLICEMIA
 CONTROL ECOGRAFICO MUSLO IZQUIERDO EN 1 SEMANA


Profesional: BERMUDEZ JOAQUI MILTON JAVIER**Registro Médico:** RM 193465**Especialidad:** MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 10/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Fecha de Ingreso: 12/11/2014 11:07:35 a. m.

Area de Servicio: URGENCIAS - CONSULTA

Fecha de Registro: 12/11/2014 8:19:43 p. m.

Historia Clínica: 10527165

Ingreso: 708374

Folio: 6

Historia Clínica Evolución

PCTE VALORADOPOR MEDICINA INTERNA:

- LEV SSN 1500 CC EN BOLO

- DICLOFENAC 50 MG VO C/ 12 HRS X 7 DIAS

ACETIMINOFEN 1GR VO C/ 8 HRS X 5 DIAS

OMEPRAZOL 20 MG VO DIA

- TOMAR CPK Y CREATININA SI SON NORMALES O CPK NIVELES BAJOS SALIDA CON RECOMENDACIONES GRALES SIGNOS DE ALARMA Y NO SOBRESFUERZO CONTROL POR MEDICINA INTERNA EN 1 SEMANA CON CPK GLICEMIA CONTROL ECOGRAFICO MUSLO IZQUIERDO EN 1 SEMANA

REPORTE DE PARACLINICOS:

CREATININA EN SUERO : 0.83

CPK CREATIN FOSFOQUINASA 470

PLAN:

DOTE REVALORAR X MEDICINA INTERNA

Diagnóstico

M796

DOLOR EN MIEMBRO

MUSLO IZQUIERDO

☒ Principal

Indicación Médica

PDTE REVALORAR POR MEDICINA INTERNA

Profesional: ANGELA GICELL MOLANO NARVAEZ

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Registro Médico: 63475

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 11/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Fecha de Ingreso: 12/11/2014 11:07:35 a. m.

Area de Servicio: URGENCIAS - CONSULTA

Fecha de Registro: 12/11/2014 11:11:00 p. m.

Historia Clínica: 10527165

Ingreso: 708374

Folio: 7

Historia Clínica Evolución

SE COMENTAN RESULTADOS CON DR BERMUDEZ QUIEN ORDENA SALIDA CON IGUAL AMNEJO MEDICO PROPUESTO

Diagnóstico

M796 DOLOR EN MIEMBRO ☒ Principal
MUSLO IZQUIERDO

Indicación Médica

Medicamentos

Código	Descripción	Cantidad
M01AD01502 1	DICLOFENACO SODICO 50 mg TABLETA TOMAR UNA TAB CADA 12 HORAS POR 7 DIAS	14
A02BO00210 1	OMEPRAZOL 20 mg CAPSULA TOMAR UNA CAPSULA EN AYUNAS X 7 DIAS	7
N02BA00140 0	ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA TOMAR 2 TAB CADA 8 HORAS POR 5 DIAS	30

Exámenes

Código	Descripción	Cantidad
31112	TIROIDES GLANDULAS SALIVARES TESTICULO PENE TEJIDOS BLANDOS PARED ABDOMINAL ECOGRAFIA DE MUSMO IZQUIERDO EN UNA SEMANA	1
19283	CREATINCINASA CK EN 5 DIAS	1
19290	CREATININA EN SUERO ORINA Y OTROS EN 5 DIAS	1
19490	GLUCOSA EN SUERO LCR OTROS FLUIDOS EN 5 DIAS	1
39132	VALORACION INICIAL INTRAHOSPITALARIA POR EL ESPECIALISTA TRATANTE DEL PACIENTE INGRESADO PARA EST VALORACION EN UNA SEMANA POR MEDCINA INTERNA EN CONSUTLA EXTERNA HSLV	1

Profesional: ANGELA GICELL MOLANO NARVAEZ

Registro Médico: 63475

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1>Historia Clinica Urgencias</h1>	SLV-GC—03-F08-V14
		PAGINA: 12/117

Folio: 9 Fecha de Registro: 15/11/2014 3:18:08 p. m. Ingreso: 709573 N° Historia Clínica: 10527165
 Area de Servicio: URGENCIAS - CONSULTA 24/03/2022 10:58

Datos Personales

Nombre Paciente: HENRY POLINDARA Identificación: 10527165 Sexo: Masculino
 Fecha Nacimiento: 10/mayo/1953 Edad Actual: 68 Años \ 10 Meses \ 14 Días Estado Civil: Casado
 Dirección: CALLE 4 41 07 Teléfono: 3154530825
 Procedencia: POPAYAN Ocupación: TERCERA EDAD

Datos de Afiliación

Régimen: Contributivo
 Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S Nivel - Estrato: NIVEL DOS

Datos del Ingreso

FOLIO N° 9

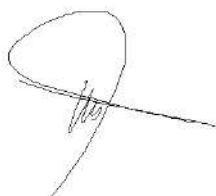
(Fecha: 15/11/2014 03:18 p. m.)

Acudiente/Responsable: INGRESA SOLO INGRESA SOLO INGRESA SOLO Teléfono Resp: 709573 Fecha: 15/11/2014 1:46:51 p. m.
 Dirección Resp: INGRESA SOLO N° Ingreso: 709573 Fecha: 15/11/2014 1:46:51 p. m.
 Finalidad Consulta: No_Aplica Causa Externa: Enfermedad_General
 Nombre del Padre: NO DATO Nombre de la Madre: ALEJANDRINA

Antecedentes

Médicos	DBT	12/11/2014 12:00:59 p. m.
Médicos	DM TIPO II	15/11/2014 3:06:31 p. m.
Quirúrgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:35 p. m.
Tóxicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:41 p. m.
Alérgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:55 p. m.
Alérgicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:47 p. m.
Farmacológicos	GLICOAVANCE 1 TAB DIA	12/11/2014 12:02:04 p. m.
Farmacológicos	LO REIERIDO	15/11/2014 3:06:52 p. m.
Familiares	NIEGA	12/11/2014 12:02:29 p. m.
Familiares	NIEGA	15/11/2014 3:07:03 p. m.

Reingreso: No



Profesional: JOSE IGNACIO VARGAS PALADINES
Especialidad: MEDICINA GENERAL

Registro Profesional: 10616

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Urgencias

SLV-GC—03-F08-V14

PAGINA: 13/117

Folio: 9 Fecha de Registro: 15/11/2014 3:18:08 p. m. Ingreso: 709573 N° Historia Clínica: 10527165

Area de Servicio: URGENCIAS - CONSULTA

24/03/2022 10:58

Tipo de Riesgo

Caídas

Evaluación:

Downton: Riesgo de Caídas 1

Norton: UPP

16

ALERTA!!!

Modo de Llegada

Modo de Llegada: SOLO

Causa Externa Especifica Urgencias: N/A

Motivo de Consulta

DOLOR DEL MUSLO

Enfermedad Actual

CUADRO DE DOLOR CON SENSACION DE ARDOR EN CARA LATERAL TERCIO DISTAL DEL MUSLO IZQUIERDO DE 5 DÍAS DE EVOLUCIÓN QUE AUMENTA EN INTENSIDAD Y AHORA DIFICULTA LA MARCHA. REFIERE QUE ACUDIO A ESTE SERVICIO Y SE LE DIO ALTA CON TRATAMIENTO (DICLOFENACO 50 MG CADA 12 HORAS VO, ACETAMINOFEN 500MG CADA 8 HORAS VO, OMEPRAZOL 20 MG CADA DIA). AHORA REFIERE QUE EL DOLOR ESTA EN AUMENTO Y NO RESPONDE AL LA ANALGESIA

Aislamiento Indicado: No

Revisión por Sistema: NO REFIERE

Exámen Físico

Signos Vitales

TA: 110 / 80 FC: 88 FR: 16 T°: 37,0 Peso: 67,0 Kgs Glucometria: No Saturatedmetria: Si 97

Paciente con Dolor? Si

EAD: 6

Estado General: ACEPTABLE ESTADO GENERAL

	Observación
Cabeza y Cuello:	NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL NO DOLOROSO, NO ADENOPATIAS
Ojos:	PUPILAS ISOCORICAS FOTO REACTIVAS
Otorrino:	MUCOSA ORAL HUMEDA Y NORMOCOLOREADA SIN LESIONES VISIBLES

Profesional: JOSE IGNACIO VARGAS PALADINES

Registro Profesional: 10616

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1>Historia Clinica Urgencias</h1>	SLV-GC—03-F08-V14
		PAGINA: 14/117

Folio: 9 Fecha de Registro: 15/11/2014 3:18:08 p. m. Ingreso: 709573 N° Historia Clinica: 10527165
 Area de Servicio: URGENCIAS - CONSULTA 24/03/2022 10:58

Cara:	NO CARACTERISTICA DE PROCESO PATOLOGICO.
Tórax:	NORMOCONFIGURADO CON ESPANSIBILIDAD CONSERVADA, NO POLIPNEICO, NO TIRAJES NO RETRACCIONES
Pulmonar:	MURMULLO VESICUALR CONSERVADO EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, NO AUSCULTO SIBILANCIAS NI ESTERTORES
Corazón:	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS Y DE BUENA INTENSIDAD,NO SE AUSCULTAN SOPLOS,NO S3, NO DEFICIT DE PULSO.
Abdomen:	NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA NO SE OBSERVAN NI SE PALPAN MASAS, NO MEGALIAS NO MURPHY NO MC BURNEY NO SIGNOS DE IRRITAICON PERITONEAL, A LA AUSCULTACIÓN NO SOPLOS, RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES Y NORMALES
Genitourinario:	G/U DIURESIS POSITIVA ESPONTANEA CON PPL BILATERAL NEGATIVA , PUNTOS PIELORENOUNRETERALES POSTERIORES NO DOLOROSOS.
Extremidades:	SIMETRICAS SIN DEFORMIDADES CON AUNGULOS DE MOVIDAD DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, SE OBSERVAN SIGNOS INFLAMATORIOS EN CARA LATERAL DEL TERCIO DISTAL DEL MUSLO IZQUIERDO.
Sistema Nervioso:	PACIENTE CONSCIENTE Y ORIENTAD@ EN TIEMPO. ESPACIO Y PERSONA. NO PRESENTA SIGNOS DE FOCALIZACIÓN MOTORA NI DE IRRITACIÓN MENÍNGEA. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, LENGUAJE CLARO Y COHERENTE, NO ATAXIA , NO APRAXIA. MEMORIA Y RACIOCINIO CONSERVADOS.
Piel y Linfatico:	SIN ALTERACIONES

Conciliación Medicamentosa

Conciliacion Medicamantosa? No Informacion Entregada Por: Paciente

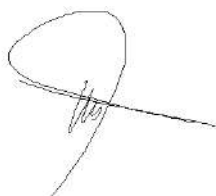
Nombre Quien Entrega la Informacion: HENRY POLINDARA

"EN LA ENTREVISTA SE REFIERE NO CONSUMO DE MEDICAMENTOS PREVIOS A ESTE INGRESO."

Analisis y Plan

PACIENTE QUE RECONSULTA POR PERSISTENCIA DEL DOLOR EN MUSLO IZQUIERDO , AHORA CON SIGNOS INFLAMTORIOS LOCALES EN MUSLO. SE INDICA ANALGESIA , SE SOLICITA ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS, CH + PCR + GLUCOSA EN SUERO + CREATININA Y VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA

Diagnostico



Profesional: JOSE IGNACIO VARGAS PALADINES
Especialidad: MEDICINA GENERAL

Registro Profesional: 10616

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Urgencias

SLV-GC—03-F08-V14

PAGINA: 15/117

Folio: 9 Fecha de Registro: 15/11/2014 3:18:08 p. m. Ingreso: 709573 N° Historia Clínica: 10527165

Area de Servicio: URGENCIAS - CONSULTA

24/03/2022 10:58

L031 CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS ☒ PrincipalE118 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS ☐ Principal

Indicaciones Médicas

DIETA HIPOGLUSIDA

LO INDICADO

SS/ VALORACION POR MEDICINA INTERNA

SS/ ECGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS

SS/ CH+PO+CREATININA+GLUCOSA EN SUERO+ PCR

Medicamentos Solicitados

Código	Descripción	Cantidad
B05CB010500	CLORURO DE SODIO AL 0.9% SOLUCION INYECTABLE 500 ml 1000 CC BOLO EV . LUEGO 80 CC /HORA	3
M01AD015701	DICLOFENACO SODICO 75 mg/3 mL SOLUCION INYECTABLE 75 MG IM DOSIS UNICA	1
N02AT020701	TRAMADOL CLORHIDRATO 50 mg/mL SOLUCION INYECTABLE 25 MG CS DOSIS UNICA	1

Exámenes Solicitados

Código	Descripción	Cantidad
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	1
19806	PROTEINA C REACTIVA PCR PRUEBA CUANTITATIVA DE ALTA PRECISION	1
19290	CREATININA EN SUERO ORINA Y OTROS	1
19490	GLUCOSA EN SUERO LCR OTROS FLUIDOS	1
19775	PARCIAL DE ORINA INCLUIDO SEDIMENTO	1

Profesional: JOSE IGNACIO VARGAS PALADINES**Registro Profesional:** 10616**Especialidad:** MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



*** Notas Aclaratorias ***

SLV-GC—03-F51-V14

HC0064

PAGINA: 16/117

N° de Historia Clínica: 10527165

Ingreso: 709573

Folio: 12

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Fecha de Registro: 15/11/2014 5:04:22 p. m.

Area de Servicio: URGENCIAS - CONSULTA

24/03/2022 10:58

*** Correcciones ***

FALTA SOLICITUD DE VALORACION POR MEDICINA INTERNA Y ORDEN DE ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS

Diagnostico

E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/> Principal
L031	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	<input checked="" type="checkbox"/> Principal

Profesional: JOSE IGNACIO VARGAS PALADINES**Registro Médico:** 10616**Especialidad:** MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1>Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 17/117

Folio: 13 **Fecha de Registro:** 15/11/2014 8:40:25 p. m. **N° de Historia Clínica:** 10527165
Nombre: HENRY POLINDARA **N° de Ingreso:** 709573
Area de Servicio: URGENCIAS INTERCONSULTA ESPECIALIZADA

Datos Personales

Nombre Paciente: HENRY POLINDARA **Identificación:** 10527165 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 10/mayo/1953 **Edad Actual:** 68 Años \ 10 Meses \ 14 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: CALLE 4 41 07 **Teléfono:** 3154530825
Procedencia: POPAYAN **Ocupación:** TERCERA EDAD

Datos de Afiliación

Régimen: Contributivo **Nivel - Estrato:** NIVEL DOS
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S

Datos del Ingreso

FOLIO N° 13

(Fecha: 15/11/2014 08:40 p. m.)

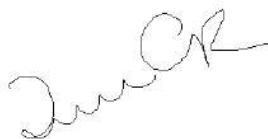
Responsable: INGRESA SOLO INGRESA SOLO INGRESA SOLO **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: INGRESA SOLO **Fecha Ingreso:** 15/11/2014 1:46:51 p. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General
Nombre del Padre: NO DATO **Nombre de la Madre:** ALEJANDRINA

Antecedentes

Médicos	DBT	12/11/2014 12:00:59 p. m.
Quirúrgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:35 p. m.
Alérgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:55 p. m.
Farmacológicos	GLICOAVANCE 1 TAB DIA	12/11/2014 12:02:04 p. m.
Familiares	NIEGA	12/11/2014 12:02:29 p. m.
Médicos	DM TIPO II	15/11/2014 3:06:31 p. m.
Tóxicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:41 p. m.
Alérgicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:47 p. m.
Farmacológicos	LO REIERIDO	15/11/2014 3:06:52 p. m.
Familiares	NIEGA	15/11/2014 3:07:03 p. m.

Signos Vitales

TA: 120 / 80 **FC:** 70 **FR:** 19 **T°:** 0,0 **Peso?** No
Saturometría: No **Glucometría:** Si 209 **Paciente con Dolor ?** Si **E.A.D:** 6



Profesional: AGREDO REYES DIANA KARINA

Registro Médico: 883566-10

Especialidad: MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1 style="text-align: center;">Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14
		HC005
		PAGINA: 18/117

Folio: 13 Fecha de Registro: 15/11/2014 8:40:25 p. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: URGENCIAS INTERCONSULTA ESPECIALIZADA

Subjetiva

MEDICINA INTERNA

MASCULINO DE 61 AÑOS
 PROCEDENTE DE POPAYAN
 INFOMANTE :PACIENTE

ANTECEDENTES

- * DM2 DIAGNOSTICO HACE 5 AÑOS, EN MANEJO CON GLUCOVANCE (METFORMINA/GLIBENCLAMIDA) 1 VEZ DIA.
- * NEIGA HTA, ECV, IMA, DISLIPIDEMIA, ETC
- ALERGICO NO
- QCOS NO
- TOXICOS: CONSULMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS CON CIERTA REGULARIDAD, NO CIGARRILLO+
- FARMACOLOGIOVS GLUCOVANCE
- HSOPITALIZACIONES: PREVIAS POR CELULITIS DE MIS.

CONSULTA POR CUADRO DE 1 SEMANA DE EVOLUCION PAROXIMADAMENTE,DE LESION PUNTFUNME EN MUSLO IZQUIERDO DOLOROSO CN AUMENTO PROGREVIO DEL MISMO POR LO CUAL CONSULTA A ESTA INSTITUCION PREVIAMENTE DONDE DOMCUMENTAN CON ECO DE TEJIDOS BLANDOS MIOSITIS, CON CPK ELEVADA, SE DECIDE CONTROL POR CONSUTLA EXTERNA, AHORA RECONSULTA POR AUMENTO DE LA INDUCRACION EN MUSLO, DOLOR MARCADO SIN ESCALOFRIO NI FIEBRE.

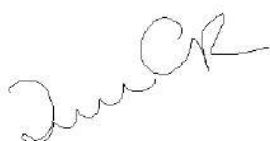
Objetiva

ALERTA Y ORIENTADO
 MUCOSA ORAL HUMEDA
 CAVIDAD ORAL SIN LESIONES
 CUELLO SIN IY
 CORAZON IRTMICO NO TAUICARDICO SIN SOPLOS
 PULMONES ISN ESTERTORES NI SIBILANCIAS
 ABDOMEN SIN DOLOR
 EXTREMIDADES: MUSLO IZQUEIRDO ASIMETRICO, CON IAUMENTO DE SU TAMAÑO COMPARATIVAMENTE, CON INDURACION Y DOLOR A LA PALPACION, EDEMA DE ESA EXTREMIDAD EN PIERNA.
 NEUROLOGICO SIN DEFICIT

Analisis

** ECOGRAFIA1 HACE 3 DIAS: SE APRECIA INFILTRACIÓN POR EDEMA DEL TCS ASÍ COMO DEL PARÉNQUIMA MUSCULAR QUE COMPROMETE EL VASTO EXTERNO HACIA EL TERCIO MEDIO DEL MUSLO EN ASOCIO A HIPEREMIA Y PRESENCIA DE COLECCIÓN ANECOICA FUSIFORME DE 11,6 X 3,4 X 7,2 mm (VOLUMEN 0.1 cc)

** ECOGRAFIA 2 DE HOPY: EN EL TERCIO MEDIO DEL MUSLO, AUMENTO EN LA ECOGENICIDAD DE LOS PLANOS MUSCULARES CON HIPEREMIA, CON PRESENCIA DE UNA COLECCIÓN OVALADA HETEROGÉNEA QUE MIDE 28X10X13 MM, VOL APROX: 2 CC A 15 MM DE LA PIEL



Profesional: AGREDO REYES DIANA KARINA

Registro Médico: 883566-10

Especialidad: MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1 style="text-align: center;">Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 19/117

Folio: 13 **Fecha de Registro:** 15/11/2014 8:40:25 p. m.
Nombre: HENRY POLINDARA
Area de Servicio: URGENCIAS INTERCONSULTA ESPECIALIZADA

N° de Historia Clínica: 10527165
N° de Ingreso: 709573

HEMGORAMA CON LEUCOCITOSIS MAS NEUTROFILIA
PCR POSITIVA 83
CR 0.8

IDX:
- MIOSITIS INFECCIOSA
- DM2 NO CONTROLADA

PACIENTE CON CLINICA DE MIOSITIS INFECCIOSA (PIOMIOSITIS) DONDE EL PRINCIPAL GERMEN CAUSAL SUELE SER S. AUREUS, EXISTE AUYEMNTTO DE LA LESION (COLECCION E INFILTRACIO NDEL TEJIDO), ,ARCADORFS INFECCIOSOS + SE INDICA MANEJO INTRAHOSPOITALARIO, REQUIERE ESTUDIOS IMAGENOLOGICO PARA DETERMINAR LA SERVIDAD DEL MISMO Y LA NECESIDA DE DRENAJE, SE INDICA RMN DE TEJISO BLANDOS S Y CONTRASTADO, ADICIONALMENTE VALOACION POR CX GENERAL PARA DEFINIR NECESIDAD DE INTERVENCION O DRENAJE Y TOMA DE CULTIVO DE LA LESION PARA GUIAR LA TERAPIA. SE INICA COBERTURA ANTIBIOTICA CON CLINDAMICINA IV + CEFTRIAXONA, DEBE DESARTARSE BACERIEMIA. SE LE EXPLICA LA CONDICION AL PACIENTE,.

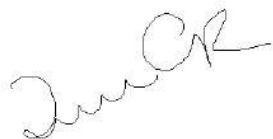
Plan

HOSPITALIZAR
DIETA HIPOGLUCIDA
SELLO DE HEPARINA
OMEPRAZOL 20 MG VO CADA 24 HORAS
NADROPARINA 0.3 CC SC CADA 24 HORAS
CLINDAMICINA 900 MG IV CADA 8 HORAS
CEFTRIAXONA 2 GR IV CADA 24 HORAS
GLUCOMETRIAS AYUNA Y PREPRANDIALES
INSULINA CRISTALIDA DE CORRECCION CON GLICEMIA MAYORES DE 150MG/DL.
VALORACION POR CX GENERAL
SS/ HEMOCULTIVOS #2 PREVIO INICIO DE ANTIBIOTIOC.
SS/ CPK, HEMOGLOBINA GLICOSILADA.
SS/ RMN DE MSULO IZQUIERDO SIMPLE Y CONTRASTADA.

Diagnostico

M600	MIOSITIS INFECCIOSA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	<input type="checkbox"/> Principal

Indicaciones Médicas



Profesional: AGREDO REYES DIANA KARINA

Registro Médico: 883566-10

Especialidad: MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1>Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005 <hr/> PAGINA: 20/117
---	---	--

Folio: 13 Fecha de Registro: 15/11/2014 8:40:25 p. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA


N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: URGENCIAS INTERCONSULTA ESPECIALIZADA

HOSPITALIZAR
 DIETA HIPOGLUCIDA
 SELLO DE HEPARINA
 OMEPRAZOL 20 MG VO CADA 24 HORAS
 NADROPARINA 0.3 CC SC CADA 24 HORAS
 CLINDAMICINA 900 MG IV CADA 8 HORAS
 CEFTRIAXONA 2 GR IV CADA 24 HORAS
 GLUCOMETRIAS AYUNA Y PREPRANDIALES
 INSULINA CRISTALIDA DE CORRECCION CON GLICEMIA MAYORES DE 150MG/DL.
 VALORACION POR CX GENERAL
 SS/ HEMOCULTIVOS #2
 SS/ CPK, HEMOGLOBINA GLICOSILADA.
 SS/ RMN DE MSULO IZQUIERDO SIMPLE Y CONTRASTADA.

Exámenes

Código	Descripción	Cantidad
35211	RESONANCIA EXAMEN PARA MAGNETICO GADOLINIO DTPA AL VALOR DEL EXAMEN AGREGAR	1
	RMN DE MUSLO IZQUIERDO SIMPLE Y CON CONTRASTE	
35111	CREATINCINASA CK	1
35111	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	1


Profesional: AGREDO REYES DIANA KARINA**Registro Médico:** 883566-10**Especialidad:** MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1>Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 21/117

Folio: 14 Fecha de Registro: 15/11/2014 9:23:09 p. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: URGENCIAS - CONSULTA

Datos Personales

Nombre Paciente: HENRY POLINDARA **Identificación:** 10527165 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 10/mayo/1953 **Edad Actual:** 68 Años \ 10 Meses \ 14 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: CALLE 4 41 07 **Teléfono:** 3154530825
Procedencia: POPAYAN **Ocupación:** TERCERA EDAD

Datos de Afiliación

Régimen: Contributivo **Nivel - Estrato:** NIVEL DOS
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S

Datos del Ingreso

FOLIO N° 14

(Fecha: 15/11/2014 09:23 p. m.)

Responsable: INGRESA SOLO INGRESA SOLO INGRESA SOLO **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: INGRESA SOLO **Fecha Ingreso:** 15/11/2014 1:46:51 p. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General
Nombre del Padre: NO DATO **Nombre de la Madre:** ALEJANDRINA

Antecedentes

Médicos	DBT	12/11/2014 12:00:59 p. m.
Quirúrgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:35 p. m.
Alérgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:55 p. m.
Farmacológicos	GLICOAVANCE 1 TAB DIA	12/11/2014 12:02:04 p. m.
Familiares	NIEGA	12/11/2014 12:02:29 p. m.
Médicos	DM TIPO II	15/11/2014 3:06:31 p. m.
Tóxicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:41 p. m.
Alérgicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:47 p. m.
Farmacológicos	LO REIERIDO	15/11/2014 3:06:52 p. m.
Familiares	NIEGA	15/11/2014 3:07:03 p. m.

Signos Vitales

TA: 120 / 80 FC: 75 FR: 18 T°: 36,0 Peso? No
 Saturaometría: No Glucometría: No Paciente con Dolor ? Si E.A.D:


Profesional: PASTAS BUSTOS HENRY FERNANDO**Registro Médico:** 161331988**Especialidad:** CIRUGIA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1 style="text-align: center;">Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 22/117

Folio: 14 Fecha de Registro: 15/11/2014 9:23:09 p. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: URGENCIAS - CONSULTA

Subjetiva

PACIENTE MASCULINO DE 61 AÑOS CON CUADRO DE 1 SEMANA DE DOLOR Y CALOR LOCAL EN MUSLO IZQUIERDO, MANEJADO POR MEDICINA INTERNA POR DM Y PIOMISITIS, INTERCONSULTAN POR PRESENCIA DE 15 CC EN ECO DE TEJIDOS BLANDOS Y NECESIDAD DE PUNCIÓN. REFIERE DOLOR LOCAL.

Objetiva

ESTABLE, MUCOSAS HIDRATADAS, CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES, ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO. EXTREMIDADES: MUSLO IZQUIERDO CON ZONA DE TUMEFACCIÓN DE 7 CM DE DIÁMETRO EN CARA LATERAL, SIN SIGNOS INFLAMATORIOS LOCALES, SOLO CALOR LOCAL.

Analisis

PACIENTE ESTABLE, EN MANEJO ATB, DIABÉTICO, CON ECO QUE REPORTA PEQUEÑA COLECCIÓN DE 15CC QUE NO AMERITA PUNCIÓN, ADEMÁS NO TIENE DELIMITADO AUN EL SITIO DE LA COLECCIÓN. REQUIERE CONTINUAR CON MANEJO MEDICO ESTABLECIDO Y EN CASO DE DELIMITARSE SE DEFINIRÁ LA PERTINENCIA DE PUNCIÓN Y/O DRENAJE.

Plan

ALTA POR CX GENERAL, RECONSULTAR SI SE REQUIERE PUNCIÓN UNA VEZ LA COLECCIÓN ESTÉ DELIMITADA.
 MARIA DEL MAR MEZA, RESIDENTE CX GENERAL.

Diagnostico

M600 MIOSITIS INFECCIOSA

☒ Principal**Indicaciones Médicas**

ALTA POR CX GENERAL, RECONSULTAR SI SE REQUIERE PUNCIÓN UNA VEZ LA COLECCIÓN ESTÉ DELIMITADA.


Profesional: PASTAS BUSTOS HENRY FERNANDO**Registro Médico:** 161331988**Especialidad:** CIRUGIA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



*** Notas Aclaratorias ***

SLV-GC—03-F51-V14

HC0064

PAGINA: 23/117

N° de Historia Clínica: 10527165

Ingreso: 709573

Folio: 16

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Fecha de Registro: 15/11/2014 10:05:23 p. m.

Area de Servicio: URGENCIAS - CONSULTA

24/03/2022 10:58

*** Correcciones ***

SE INDICA INSULINA CRISTALINA DE CORRECCIÓN SI PRESENTA GLUCOMETRIA MAYOR DE 150 MG/DL PLAN: 5 UI SC ANTES DE DESAYUNO - ALMUERZO Y CENA

Diagnostico

M600 MIOSITIS INFECCIOSA ☒ Principal

E119 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION ☐ Principal

Profesional: JOSE IGNACIO VARGAS PALADINES

Registro Médico: 10616

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 24/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Historia Clínica: 10527165

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Ingreso: 709573

Area de Servicio: URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS

Folio: 18

Fecha de Registro: 15/11/2014 11:29:17 p. m.

Historia Clínica Evolución

SE SOLICITA RMN SIMPLE Y CONTRASTADA DE MUSLO IZQUIERDO.

Diagnóstico

M609 MIOSITIS, NO ESPECIFICADA

☒ Principal

Indicación Médica

SS/ RMN SIMPLE Y CONTRASTE DE MUSLO IZQ.

Exámenes

Código	Descripción	Cantidad
31307	RESONANCIA EXAMEN PARA MAGNETICO GADOLINIO DTPA AL VALOR DEL EXAMEN AGREGAR DE MUSLO IZQUIERDO	2

Profesional: DIANA KARINA AGREDO REYES

Registro Médico: 883566-10

Especialidad: MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

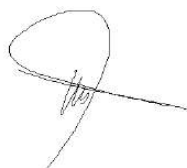
N° de Historia Clínica: 10527165 **Ingreso:** 709573 **Folio:** 19
Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA
Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m. **Fecha de Registro:** 16/11/2014 12:09:21 a. m.
Area de Servicio: URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS 24/03/2022 10:58

*** Correcciones ***

SE INDICAN ORDENES DE PACIENTE QUE FALTABAN FORMULARHOSPITALIZAR
 DIETA HIPOGLUCIDA SELLO DE HEPARINA
 OMEPRAZOL 20 MG VO CADA 24 HORAS NADROPARINA 0.3 CC SC CADA
 24 HORAS CLINDAMICINA 900 MG IV CADA 8 HORAS
 CEFTRIAXONA 2 GR IV CADA 24 HORAS GLUCOMETRIAS AYUNA Y
 PREPRANDIALES INSULINA CRISTALIDA DE CORRECCION CON GLICEMIA
 MAYORES DE 150MG/DL.VALORACION POR CX GENERAL SS/
 HEMOCULTIVOS #2 PREVIO INICIO DE ANTIBIOTIOC. SS/ CPK, HEMOGLOBINA
 GLICOSILADA. SS/ RMN DE MSULO IZQUIERDO SIMPLE Y CONTRASTADA.

Diagnostico

M609	MIOSITIS, NO ESPECIFICADA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	<input type="checkbox"/> Principal



Profesional: JOSE IGNACIO VARGAS PALADINES
Especialidad: MEDICINA GENERAL

Registro Médico: 10616



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 26/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Area de Servicio: URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS

Fecha de Registro: 16/11/2014 3:06:02 a. m.

Historia Clínica: 10527165

Ingreso: 709573

Folio: 20

Historia Clínica Evolución

SS/ HEMOCULTIVOS

Diagnóstico

E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	<input type="checkbox"/> Principal
M609	MIOSITIS, NO ESPECIFICADA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal

Indicación Médica

SS/ HEMOCULTIVOS # 2

Exámenes

Código	Descripción	Cantidad
901227	HEMOCULTIVO CON RESINA CADA MUESTRA	2

Profesional: YULY BIBIANA PINO YACUMAL

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Registro Médico: 630178

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 27/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA
Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.
Area de Servicio: URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS
Fecha de Registro: 16/11/2014 10:53:24 a. m.

Historia Clínica: 10527165
Ingreso: 709573
Folio: 22

Historia Clínica Evolución

FORMULACION DEL DIA Y CAMBIOS DE MEDICINA INTERNA.

CPK : 1465
 HEMOGLOBINA GLICOSILADA : 8.8

Diagnóstico

M609 MIOSITIS, NO ESPECIFICADA ☒ Principal

Indicación Médica

DIETA HIPOGLUCIDA
 CAMILLA CON BARANDAS EN ALTO
 ACOMPAÑANTE PERMANENTE
 SELLO DE HEPARINA
 CONTROL DE SIGNOS VITALES
 VIGILAR DOLOR
 HOSPITALIZAR EN SALAS.
 INSULINA LANTUS 6 U AM.
 INSULINA CRISTALINA 4 U PREPRANDIALES.
 INFORMAR CAMBIOS.

Medicamentos

Código	Descripción	Cantidad
A02BO0210 1	OMEPRAZOL 20 mg CAPSULA	1
	20 MG CADA 24 HORAS VO	
B01AB067020	NADROPARINA CALCICA 3800 UI /0.4 mL SOLUCION INYECTABLE	1
	0.3 CC CADA 24 HORA SC	
J01FC019701	CLINDAMICINA 600 mg/4 mL SOLUCION INYECTABLE	6
	900 MG EV CADA 8 HORAS	
J01DC011723	CEFTRIAXONA (SAL SODICA) 1 g POLVO ESTERIL PARA INYECCION	2
	2 GR EV CADA 24 HORAS	
B05CB01050 0	CLORURO DE SODIO AL 0.9% SOLUCION INYECTABLE 500 ml	2
	DILUCION	
N02AT020701	TRAMADOL CLORHIDRATO 50 mg/mL SOLUCION INYECTABLE	5
	25 MG EV CADA 6 HORAS	
N02BA00140 0	ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA	5
	500 MG EV CADA 6 HORAS	
A10AE040104	INSULINA GLARGINA 36.378 mg EQUIVALENTE 1000 U.I. DE SOLUCION	1

Profesional: CLAUDIA YANETH CISNEROS ROJAS

Registro Médico: 1194

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 28/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA**Fecha de Ingreso:** 15/11/2014 1:46:51 p. m.**Area de Servicio:** URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS**Fecha de Registro:** 16/11/2014 10:53:24 a. m.**Historia Clínica:** 10527165**Ingreso:** 709573**Folio:** 22

INYECTABLE x 10 mL - LANTUS

6 U SC EN LA MAÑANA

Profesional: CLAUDIA YANETH CISNEROS ROJAS**Especialidad:** MEDICINA GENERAL**Registro Médico:** 1194

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1>Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 29/117

Folio: 23 **Fecha de Registro:** 16/11/2014 11:05:41 a. m. **N° de Historia Clínica:** 10527165
Nombre: HENRY POLINDARA **N° de Ingreso:** 709573
Area de Servicio: URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS

Datos Personales

Nombre Paciente: HENRY POLINDARA **Identificación:** 10527165 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 10/mayo/1953 **Edad Actual:** 68 Años \ 10 Meses \ 14 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: CALLE 4 41 07 **Teléfono:** 3154530825
Procedencia: POPAYAN **Ocupación:** TERCERA EDAD

Datos de Afiliación

Régimen: Contributivo **Nivel - Estrato:** NIVEL DOS
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S

Datos del Ingreso

FOLIO N° 23

(Fecha: 16/11/2014 11:05 a. m.)

Responsable: INGRESA SOLO INGRESA SOLO INGRESA SOLO **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: INGRESA SOLO **Fecha Ingreso:** 15/11/2014 1:46:51 p. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General
Nombre del Padre: NO DATO **Nombre de la Madre:** ALEJANDRINA

Antecedentes

Médicos	DBT	12/11/2014 12:00:59 p. m.
Quirúrgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:35 p. m.
Alérgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:55 p. m.
Farmacológicos	GLICOAVANCE 1 TAB DIA	12/11/2014 12:02:04 p. m.
Familiares	NIEGA	12/11/2014 12:02:29 p. m.
Médicos	DM TIPO II	15/11/2014 3:06:31 p. m.
Tóxicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:41 p. m.
Alérgicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:47 p. m.
Farmacológicos	LO REIERIDO	15/11/2014 3:06:52 p. m.
Familiares	NIEGA	15/11/2014 3:07:03 p. m.

Signos Vitales

TA: 120 / 70 **FC:** 93 **FR:** 18 **T°:** 36,0 **Peso?** No
Saturometría: No **Glucometría:** No **Paciente con Dolor ?** Si **E.A.D:** 10



Profesional: BETANCOURT GUERRERO JOSE EDUARDO

Registro Médico: 4901/92

Especialidad: MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1 style="text-align: center;">Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14
		HC005
		PAGINA: 30/117

Folio: 23 Fecha de Registro: 16/11/2014 11:05:41 a. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS

Subjetiva

MEDICINA INTERNA

- PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
- MIOSISTIS
- DIABETES 2.

PACIENTE SE QUEJA DE DOLOR INTENSO EN EL MUSLO QUE LO CUALIFICA COMO 10/10. NO HA PRESENTADO FIEBRE.

Objetiva

PACIENTE SE OBSERVA EN BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL.

OJOS: PUPILAS IGUALES, REACTIVAS

ORL: MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS

CUELLO: YUGULARES LLENAS, SIN MASAS Y SIN ADENOMEGALIAS

CORAZON: RITMICO, SIN SOPLOS, SIN TERCER NI CUARTO RUIDOS.

TORAX: RESONANTE. RUIDOS PULMONARES NORMALES, SIN SOBREGREGADOS.

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE Y SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS.

EXTREMIDADES: MARCADO EDEMA DE MUSLO Y PIERNA IZQUIERDA CON ERITEMA Y CALOR LOCAL, MUY DOLOROSO A LA PALPACION.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: TONO NORMAL. SIN DEFICIT MOTOR, NERVIOS CRANEANOS NORMALES., NO HAY SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA, REFLEJO PLANTAR EN FLEXION.

Analisis

PACIENTE CON MIOSISTIS PIOGENA DE MUSLO. APENAS SE INICIO ANTIBIOTICO ANOCHE POR LO CUAL ES PREMATURO EVALUAR RESPUESTA.

Plan

HOSPITALIZAR

TRAMADOL 25 MG IV CADA 6 HORAS

ACETAMINOFEN 500 MG VIA ORAL CADA 6 HORAS

INSULINA GLARGINA 6 UNIDADES SUBCUTANEAS CADA 24 HORAS

DIETA HIPOGLUCIDA

Diagnostico

M600	MIOSITIS INFECCIOSA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/> Principal

Indicaciones Médicas

HOSPITALIZAR


Profesional: BETANCOURT GUERRERO JOSE EDUARDO**Registro Médico:** 4901/92**Especialidad:** MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1>Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005 <hr/> PAGINA: 31/117
---	---	--

Folio: 23 **Fecha de Registro:** 16/11/2014 11:05:41 a. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre; HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS

TRAMADOL 25 MG IV CADA 6 HORAS

ACETAMINOFEN 500 MG VIA ORAL CADA 6 HORAS

INSULINA GLARGINA 6 UNIDADES SUBCUTANEAS CADA 24 HORAS

DIETA HIPOGLUCIDA


Profesional: BETANCOURT GUERRERO JOSE EDUARDO

Registro Médico: 4901/92

Especialidad: MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 32/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA
Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.
Area de Servicio: URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS
Fecha de Registro: 17/11/2014 8:51:34 a. m.

Historia Clínica: 10527165
Ingreso: 709573
Folio: 28

Historia Clínica Evolución

FORMULACION DEL DIA

.RADIOGRAFIA DE FEMUR- MUSLO IZQUIERDO:

Relaciones articulares conservadas.
 No se observan imágenes que sugieran trazos de fracturas.
 No se observan lesiones líticas, blásticas o expansivas.
 Densidad ósea adecuada.
 Tejidos blandos sin alteraciones.

Diagnóstico

E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/> Principal
M600	MIOSITIS INFECCIOSA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal

Indicación Médica

DIETA HIPOGLUCIDA
 CUIDADO DEL SELLO DE HEPARINA
 CAMILLA CON BARANDAS EN ALTO
 ACOMPAÑANTE PERMANENTE
 CAMBIO DE POSICION Y MEDIDAS ANTIESCARAS
 VIGILAR E INFORMAR DOLOR FIEBRE Y/O EMESIS
 CONTROL DE LA Y LE
 GLUCOMETRIA CAPILAR PREPRANDIAL Y 22 HORA
 INSULINA CRISTALINA 4 UI SC PREPRANDIALES
 INSULINA LANTUS 6 UI SC DIA
 P/RMN DE MUSLO IZQ
 HOSPITALIZAR
 CONTROL DE SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS

Medicamentos

Código	Descripción	Cantidad
A02BO00210	OMEPRAZOL 20 mg CAPSULA	1
1	20 MG CADA 24 HORAS VO	
J01FC019701	CLINDAMICINA 600 mg/4 mL SOLUCION INYECTABLE	6
	900 MG EV CADA 8 HORAS	
J01DC011723	CEFTRIAXONA (SAL SODICA) 1 g POLVO ESTERIL PARA INYECCION	2
	2 GR EV CADA 24 HORAS	

Profesional: YENNY STELLA RAMIREZ CASTRO

Registro Médico: 2743/06

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 33/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Historia Clínica: 10527165

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Ingreso: 709573

Area de Servicio: URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS

Folio: 28

Fecha de Registro: 17/11/2014 8:51:34 a. m.

N02AT020701	TRAMADOL CLORHIDRATO 50 mg/mL SOLUCION INYECTABLE	4
	25 MG EV CADA 6 HORAS	
N02BA00140	ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA	4
0		
	500 MG EV CADA 6 HORAS	
B01AB067020	NADROPARINA CALCICA 3800 UI /0.4 mL SOLUCION INYECTABLE	1
	0.3 CC CADA 24 HORA SC	
B05CB01050	CLORURO DE SODIO AL 0.9% SOLUCION INYECTABLE 500 ml	2
0		
	DILUCION	

Profesional: YENNY STELLA RAMIREZ CASTRO

Registro Médico: 2743/06

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1>Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 34/117

Folio: 30 **Fecha de Registro:** 17/11/2014 11:10:37 a. m. **N° de Historia Clínica:** 10527165
Nombre: HENRY POLINDARA **N° de Ingreso:** 709573
Area de Servicio: URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS

Datos Personales

Nombre Paciente: HENRY POLINDARA **Identificación:** 10527165 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 10/mayo/1953 **Edad Actual:** 68 Años \ 10 Meses \ 14 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: CALLE 4 41 07 **Teléfono:** 3154530825
Procedencia: POPAYAN **Ocupación:** TERCERA EDAD

Datos de Afiliación

Régimen: Contributivo **Nivel - Estrato:** NIVEL DOS
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S

Datos del Ingreso

FOLIO N° 30

(Fecha: 17/11/2014 11:10 a. m.)

Responsable: INGRESA SOLO INGRESA SOLO INGRESA SOLO **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: INGRESA SOLO **Fecha Ingreso:** 15/11/2014 1:46:51 p. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General
Nombre del Padre: NO DATO **Nombre de la Madre:** ALEJANDRINA

Antecedentes

Médicos	DBT	12/11/2014 12:00:59 p. m.
Quirúrgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:35 p. m.
Alérgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:55 p. m.
Farmacológicos	GLICOAVANCE 1 TAB DIA	12/11/2014 12:02:04 p. m.
Familiares	NIEGA	12/11/2014 12:02:29 p. m.
Médicos	DM TIPO II	15/11/2014 3:06:31 p. m.
Tóxicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:41 p. m.
Alérgicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:47 p. m.
Farmacológicos	LO REIERIDO	15/11/2014 3:06:52 p. m.
Familiares	NIEGA	15/11/2014 3:07:03 p. m.

Signos Vitales

TA: 130 / 80 **FC:** 78 **FR:** 17 **T°:** 37,0 **Peso?** No
Saturometría: No **Glucometría:** No **Paciente con Dolor ?** No

MEJIA

Profesional: MEJIA SANTANDER HERNAN FELIPE

Registro Médico: RM 774

Especialidad: MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h2 style="text-align: center;">Historia Clínica - Evolución Especializada</h2>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 35/117

Folio: 30 Fecha de Registro: 17/11/2014 11:10:37 a. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS

Subjetiva

MIOSITIS CELULITIS USLO IZQUIERDO POSIBLE ABSCESO EN FORMACION
 DIABETES 2
 EVOLUCIONA SIN FIEBRE MEJORIA DEL DOLOR Y ERITEMA DE MUSLO
 NO SED
 TOLERA DIETA

Objetiva

ALERTA ORIENTADO AFEBRIL ANICTERICO
 VENTILADO BIEN
 CORAZON RITMICO NO SOPLOS MPULOS Y LLENADPOCAPILAR 4 EXTREMIDADES BIEN
 ABDOMEN BLANDO NO DOLOR MASAS NI SOPLOS
 NEUROLOGICO NO FOCALIZACION
 EDMA DOLOR MUSLO HAY SENSACION DE COLECCION

Analisis

MIOSITIS INFECCIOSA MUSLO IZQUIERDO
 ABSCESO EN FORMACION
 EVOLUCIONA SIN FIEBRE
 SE DEJA IGUAL MANEJO SE SOLICITA CONCEPTO DE ORTOPEDIA
 POR AHORA DIFERIR RESONANCIA EN ESPERA CONCEPTO DE ORTOPEDIA

Plan

VALORACION POR ORTOPEDIA

Diagnostico

M600	MIOSITIS INFECCIOSA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/> Principal
L031	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	<input type="checkbox"/> Principal

Indicaciones Médicas

VALORACION POR ORTOPEDIA


Profesional: MEJIA SANTANDER HERNAN FELIPE**Registro Médico:** RM 774**Especialidad:** MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 36/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Area de Servicio: URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS

Fecha de Registro: 17/11/2014 12:04:37 p. m.

Historia Clínica: 10527165

Ingreso: 709573

Folio: 31

Historia Clínica Evolución

CAMBIOS

Diagnóstico

L031	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	<input type="checkbox"/> Principal
E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/> Principal
M600	MIOSITIS INFECCIOSA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal

Indicación Médica

NEUVA ORDEN MEDICA
SS/VAL POR TRAUMATOLOGIA
SUSPENDER RMN

Exámenes

Código	Descripción	Cantidad
39132	VALORACION INICIAL INTRAHOSPITALARIA POR EL ESPECIALISTA TRATANTE DEL PACIENTE INGRESADO PARA EST TRAUMATOLOGIA	1

Profesional: YENNY STELLA RAMIREZ CASTRO

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Registro Médico: 2743/06

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 37/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Area de Servicio: URGENCIAS - CONSULTA

Fecha de Registro: 17/11/2014 3:51:28 p. m.

Historia Clínica: 10527165

Ingreso: 709573

Folio: 32

Historia Clínica Evolución

SE HACE TRASLADO A OBSERVACION

Diagnóstico

M600	MIOSITIS INFECCIOSA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/> Principal
L031	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	<input type="checkbox"/> Principal

Indicación Médica

Profesional: YENNY STELLA RAMIREZ CASTRO

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Registro Médico: 2743/06

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h2 style="text-align: center;">Historia Clínica - Reporte de Paraclínicos</h2>	SLV-GC—03-F07-V14
		HC0017
		PAGINA: 38/117

Nombre del Paciente:	HENRY POLINDARA	Historia Clínica:	10527165
Fecha de Ingreso:	15/11/2014 1:46:51 p. m.	Ingreso:	709573
Area de Servicio:	URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS	Folio:	35
Fecha de Registro:	17/11/2014 10:04:19 p. m.		

Historia Clínica Reporte de Paraclínicos

17/11/2014

HEMOULTIVO NEGATIVO AL 1 DIA DE INCUBACION

Diagnóstico

L031	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	<input type="checkbox"/> Principal
E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/> Principal
M600	MIOSITIS INFECCIOSA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal

Indicaciones Médicas


Profesional: MARIAM JHULIET VIVEROS DELGADO**Especialidad:** MEDICINA GENERAL**Registro Médico:** 194423

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1>Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 39/117

Folio: 36 Fecha de Registro: 18/11/2014 7:42:29 a. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS

Datos Personales

Nombre Paciente: HENRY POLINDARA **Identificación:** 10527165 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 10/mayo/1953 **Edad Actual:** 68 Años \ 10 Meses \ 14 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: CALLE 4 41 07 **Teléfono:** 3154530825
Procedencia: POPAYAN **Ocupación:** TERCERA EDAD

Datos de Afiliación

Régimen: Contributivo **Nivel - Estrato:** NIVEL DOS
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S

Datos del Ingreso

FOLIO N° 36

(Fecha: 18/11/2014 07:42 a. m.)

Responsable: INGRESA SOLO INGRESA SOLO INGRESA SOLO **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: INGRESA SOLO **Fecha Ingreso:** 15/11/2014 1:46:51 p. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General
Nombre del Padre: NO DATO **Nombre de la Madre:** ALEJANDRINA

Antecedentes

Médicos	DBT	12/11/2014 12:00:59 p. m.
Quirúrgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:35 p. m.
Alérgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:55 p. m.
Farmacológicos	GLICOAVANCE 1 TAB DIA	12/11/2014 12:02:04 p. m.
Familiares	NIEGA	12/11/2014 12:02:29 p. m.
Médicos	DM TIPO II	15/11/2014 3:06:31 p. m.
Tóxicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:41 p. m.
Alérgicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:47 p. m.
Farmacológicos	LO REIERIDO	15/11/2014 3:06:52 p. m.
Familiares	NIEGA	15/11/2014 3:07:03 p. m.

Signos Vitales

TA: 120 / 80 FC: 80 FR: 16 T°: 36,0 Peso? No
 Satirometría: No Glucometría: No Paciente con Dolor ? No

f/Cabezas

Profesional: CABEZAS GUZMAN FRANCO JOSE**Registro Médico:** 1571/89**Especialidad:** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h2 style="text-align: center;">Historia Clínica - Evolución Especializada</h2>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 40/117

Folio: 36 Fecha de Registro: 18/11/2014 7:42:29 a. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS

Subjetiva

PROCESO CELULITICO DEL MUSLO IZA LOCALIZADO EN LA CARA LATERAL

Objetiva

EDEMA Y ERITEMA LOCALIZADO SIN RENITENCIA

Analisis

CELULITIS DEL MUSLO IZA

Plan

PARA CONTINUAR CON EL PLAN DE ATBS YE ESTABLECIDOS RE VALORACION POR ORTOPEDISTA DE TURNO EN 24 HS

Diagnostico

L031 CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS

☒ Principal**Indicaciones Médicas**

f/Cabezas

Profesional: CABEZAS GUZMAN FRANCO JOSE**Registro Médico:** 1571/89**Especialidad:** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 41/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA
 Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.
 Area de Servicio: URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS
 Fecha de Registro: 18/11/2014 9:27:42 a. m.

Historia Clínica: 10527165
 Ingreso: 709573
 Folio: 37

Historia Clínica Evolución

REFORMULACION

Diagnóstico

L031	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	<input type="checkbox"/> Principal
M600	MIOSITIS INFECCIOSA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/> Principal

Indicación Médica

Medicamentos

Código	Descripción	Cantidad
N02BA00140 0	ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 500 MG EV CADA 6 HORAS	4
J01DC011723	CEFTRIAXONA (SAL SODICA) 1 g POLVO ESTERIL PARA INYECCION 2 GR EV CADA 24 HORAS	2
J01FC019701	CLINDAMICINA 600 mg/4 mL SOLUCION INYECTABLE 900 MG EV CADA 8 HORAS	6
B01AB067020	NADROPARINA CALCICA 3800 UI /0.4 mL SOLUCION INYECTABLE 0.3 CC CADA 24 HORA SC	1
A02BO00210 1	OMEPRAZOL 20 mg CAPSULA 20 MG CADA 24 HORAS VO	1
N02AT020701	TRAMADOL CLORHIDRATO 50 mg/mL SOLUCION INYECTABLE 25 MG EV CADA 6 HORAS	4

Profesional: ALVARO ANDRES BRAVO SOLARTE

Registro Médico: 52-2768

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 42/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Area de Servicio: URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS

Fecha de Registro: 18/11/2014 11:47:26 a. m.

Historia Clínica: 10527165

Ingreso: 709573

Folio: 40

Historia Clínica Evolución

CAMBIOS MEDICINA INTERNA

Diagnóstico

E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/> Principal
M600	MIOSITIS INFECCIOSA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal

Indicación Médica

DIETA HIPOGLUCIDA
 CUIDADO DEL SELLO DE HEPARINA
 CAMILLA CON BARANDAS EN ALTO
 ACOMPAÑANTE PERMANENTE
 CAMBIO DE POSICION Y MEDIDAS ANTIESCARAS
 VIGILAR E INFORMAR DOLOR FIEBRE Y/O EMESIS
 CONTROL DE LA Y LE
 GLUCOMETRIA CAPILAR PREPRANDIAL Y 22 HORA
 INSULINA CRISTALINA 4 UI SC PREPRANDIALES
 INSULINA LANTUS 6 UI SC DIA
 P/ HOSPITALIZAR
 CONTROL DE SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS

Medicamentos

Código	Descripción	Cantidad
A10BM01112	METFORMINA 850 mg TABLETA	2
0	850 MG VO CADA 24 HORAS CON EL ALMUERZO	

Profesional: NASLY VIOLEDY IPIA ORDOÑEZ

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Registro Médico: 1905310

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1 style="text-align: center;">Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 43/117

Folio: 41 **Fecha de Registro:** 18/11/2014 12:06:36 p. m. **N° de Historia Clínica:** 10527165
Nombre: HENRY POLINDARA **N° de Ingreso:** 709573
Area de Servicio: URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS

Datos Personales

Nombre Paciente: HENRY POLINDARA **Identificación:** 10527165 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 10/mayo/1953 **Edad Actual:** 68 Años \ 10 Meses \ 14 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: CALLE 4 41 07 **Teléfono:** 3154530825
Procedencia: POPAYAN **Ocupación:** TERCERA EDAD

Datos de Afiliación

Régimen: Contributivo **Nivel - Estrato:** NIVEL DOS
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S

Datos del Ingreso

FOLIO N° 41

(Fecha: 18/11/2014 12:06 p. m.)

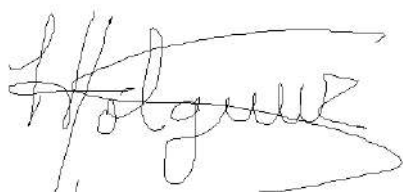
Responsable: INGRESA SOLO INGRESA SOLO INGRESA SOLO **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: INGRESA SOLO **Fecha Ingreso:** 15/11/2014 1:46:51 p. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General
Nombre del Padre: NO DATO **Nombre de la Madre:** ALEJANDRINA

Antecedentes

Médicos	DBT	12/11/2014 12:00:59 p. m.
Quirúrgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:35 p. m.
Alérgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:55 p. m.
Farmacológicos	GLICOAVANCE 1 TAB DIA	12/11/2014 12:02:04 p. m.
Familiares	NIEGA	12/11/2014 12:02:29 p. m.
Médicos	DM TIPO II	15/11/2014 3:06:31 p. m.
Tóxicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:41 p. m.
Alérgicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:47 p. m.
Farmacológicos	LO REIERIDO	15/11/2014 3:06:52 p. m.
Familiares	NIEGA	15/11/2014 3:07:03 p. m.

Signos Vitales

TA: 100 / 60 **FC:** 80 **FR:** 18 **T°:** 36,0 **Peso?** No
Saturometría: No **Glucometría:** Si 131 **Paciente con Dolor ?** No



Profesional: HOLGUIN PRIETO VICTOR ADOLFO

Registro Médico: 19-06010-13

Especialidad: MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1 style="text-align: center;">Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 44/117

Folio: 41 Fecha de Registro: 18/11/2014 12:06:36 p. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS

Subjetiva

MEDICINA INTERNA DR. VICTOR HOLGUIN / MED. INTERNO LIZETH BUITRON

PACIENTE MASCULINO DE 61 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE:

1. MIOSITIS INFECCIOSA DE MUSLO IZQUIERDO
2. DIABETES MELLITUS TIPO II

PACIENTE REFIERE SENTIRSE MEJOR, NO HA PRESENTADO FIEBRE, MEJORIA DEL DOLOR, Y MEJORIA DE LOS CAMBIOS INFLAMATORIOS EN MUSLO IZQUIERDO. SE ENCUENTRA TOLERANDO LA VIA ORAL.

Objetiva

HIDRATADO, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS

CUELLO SIN ADENOPATIAS, LLENADO YUGULAR NORMAL

CORAZON: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONES: MURMULLO VESICULAR PRESENTE, NO RUIDOS SOBREGREGADOS

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION

PERITONEAL

EXTREMIDADES: MUSLO IZQUIERDO CON ZONA DE TUMEFACCIÓN DE 5 CM DE DIÁMETRO EN CARA

LATERAL, CON ERITEMA, DOLOR LEVE A LA PALPACION Y CALOR LOCAL.

SNC: ALERTA SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, NO FOCALIZAICON.

Analisis

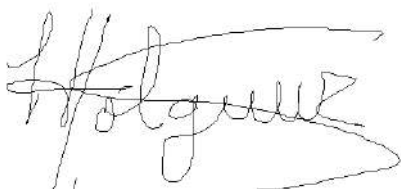
PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA FAVORABLE, CON MEJORIA DE LOS CAMBIOS INFLAMATORIOS LOCALES EN MUSLO IZQUIERDO, ADECUADO CONTROL DEL DOLOR. EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIRS CLINICO, EN MANEJO ANTIBIOTICO CON CLINDAMICINA - CEFTRIAXONA. FUE VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN DIO LA ORDEN DE CONTINUAR MANEJO ANTIBIOTICO Y LO REVALORARAN NUEVAMENTE EN 24 HORAS.

Plan

- PENDIENTE HOSPITALIZAR
- PENDIENTE HEMOCULTIVOS
- METFORMINA TAB 850 MG DAR 1 TAB AL ALMUERZO
- REVALORACION POR ORTOPEDIA EN 24 HORAS
- RESTO DE CONDUCTA IGUAL

Diagnostico

L031	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	<input type="checkbox"/> Principal
M600	MIOSITIS INFECCIOSA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/> Principal


Profesional: HOLGUIN PRIETO VICTOR ADOLFO**Registro Médico:** 19-06010-13**Especialidad:** MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1>Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 45/117

Folio: 41 **Fecha de Registro:** 18/11/2014 12:06:36 p. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

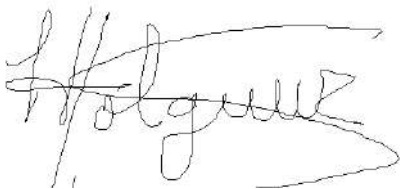
Nombre; HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS

Indicaciones Médicas

- PENDIENTE HOSPITALIZAR
- PENDIENTE HEMOCULTIVOS
- METFORMINA TAB 850 MG DAR 1 TAB AL ALMUERZO
- REVALORACION POR ORTOPEDIA EN 24 HORAS
- RESTO DE CONDUCTA IGUAL


Profesional: HOLGUIN PRIETO VICTOR ADOLFO

Registro Médico: 19-06010-13

Especialidad: MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 46/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Area de Servicio: URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS

Fecha de Registro: 19/11/2014 12:59:50 a. m.

Historia Clínica: 10527165

Ingreso: 709573

Folio: 43

Historia Clínica Evolución

FORMULACION PENDIENTE

Diagnóstico

L031 CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS

☒ Principal

Indicación Médica

Medicamentos

Código	Descripción	Cantidad
B05CB01050	CLORURO DE SODIO AL 0.9% SOLUCION INYECTABLE 500 ml	1
0	MEDICAMENTOS	

Profesional: ALEXANDRA ELIZABETH BOLANOS VEGA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Registro Médico: 630176

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 47/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA
Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.
Area de Servicio: URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS
Fecha de Registro: 19/11/2014 8:32:35 a. m.

Historia Clínica: 10527165
Ingreso: 709573
Folio: 44

Historia Clínica Evolución

FORMULACION

Diagnóstico

L031	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/> Principal
M600	MIOSITIS INFECCIOSA	<input type="checkbox"/> Principal

Indicación Médica

DIETA HIPOGLUCIDA
 CUIDADO DEL SELLO DE HEPARINA
 CAMILLA CON BARANDAS EN ALTO
 ACOMPAÑANTE PERMANENTE
 CAMBIO DE POSICION Y MEDIDAS ANTIESCARAS
 VIGILAR E INFORMAR DOLOR FIEBRE Y/O EMESIS
 CONTROL DE LA Y LE
 GLUCOMETRIA CAPILAR PREPRANDIAL Y 22 HORA
 INSULINA CRISTALINA 4 UI SC PREPRANDIALES
 INSULINA LANTUS 6 UI SC DIA
 P/ HOSPITALIZAR
 CONTROL DE SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS

Medicamentos

Código	Descripción	Cantidad
A10BM011120	METFORMINA 850 mg TABLETA	2
	850 MG VO CADA 24 HORAS CON EL ALMUERZO	
N02BA001400	ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA	4
	500 MG EV CADA 6 HORAS	
J01DC011723	CEFTRIAJONA (SAL SODICA) 1 g POLVO ESTERIL PARA INYECCION	2
	2 GR EV CADA 24 HORAS	
J01FC019701	CLINDAMICINA 600 mg/4 mL SOLUCION INYECTABLE	6
	900 MG EV CADA 8 HORAS	
B01AB067020	NADROPARINA CALCICA 3800 UI /0.4 mL SOLUCION INYECTABLE	1
	0.3 CC CADA 24 HORA SC	
A02BO002101	OMEPRAZOL 20 mg CAPSULA	1

Profesional: KELLY ROSANA UJUETA MERIÑO

Registro Médico: 193439

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 48/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Area de Servicio: URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS

Fecha de Registro: 19/11/2014 8:32:35 a. m.

Historia Clínica: 10527165

Ingreso: 709573

Folio: 44

20 MG CADA 24 HORAS VO

N02AT020701 TRAMADOL CLORHIDRATO 50 mg/mL SOLUCION INYECTABLE

4

25 MG EV CADA 6 HORAS

Profesional: KELLY ROSANA UJUETA MERIÑO**Registro Médico:** 193439**Especialidad:** MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1>Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 49/117

Folio: 46 Fecha de Registro: 19/11/2014 9:14:50 a. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS

Datos Personales

Nombre Paciente: HENRY POLINDARA **Identificación:** 10527165 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 10/mayo/1953 **Edad Actual:** 68 Años \ 10 Meses \ 14 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: CALLE 4 41 07 **Teléfono:** 3154530825
Procedencia: POPAYAN **Ocupación:** TERCERA EDAD

Datos de Afiliación

Régimen: Contributivo **Nivel - Estrato:** NIVEL DOS
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S

Datos del Ingreso

FOLIO N° 46

(Fecha: 19/11/2014 09:14 a. m.)


Responsable: INGRESA SOLO INGRESA SOLO INGRESA SOLO **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: INGRESA SOLO **Fecha Ingreso:** 15/11/2014 1:46:51 p. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General
Nombre del Padre: NO DATO **Nombre de la Madre:** ALEJANDRINA

Antecedentes

Médicos	DBT	12/11/2014 12:00:59 p. m.
Quirúrgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:35 p. m.
Alérgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:55 p. m.
Farmacológicos	GLICOAVANCE 1 TAB DIA	12/11/2014 12:02:04 p. m.
Familiares	NIEGA	12/11/2014 12:02:29 p. m.
Médicos	DM TIPO II	15/11/2014 3:06:31 p. m.
Tóxicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:41 p. m.
Alérgicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:47 p. m.
Farmacológicos	LO REIERIDO	15/11/2014 3:06:52 p. m.
Familiares	NIEGA	15/11/2014 3:07:03 p. m.

Signos Vitales

TA: 110 / 80 FC: 60 FR: 14 T°: 0,0 Peso? No
 Satirometría: No Glucometría: No Paciente con Dolor ? No


Profesional: CONCHA SANDOVAL JUAN MANUEL**Registro Médico:** RM 1241-88**Especialidad:** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h2 style="text-align: center;">Historia Clínica - Evolución Especializada</h2>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 50/117

Folio: 46 Fecha de Registro: 19/11/2014 9:14:50 a. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS

Subjetiva

PACIENTE CON DX DE DIABETES Y ABSCESO EN MUSLO

Objetiva

HAY ZONA DE TUMEFACCION PEQUEÑA EN CARA LATERAL DEL MUSLO PACIENTE REFIERE NOTORIA MEJORIA DESDE SU INGRESO

Analisis


PTE CON ABSCESO EN MUSLO

Plan

MANEJO ANTIBIOTICO MANEJO CONJUNTO CON MEDICINA INTERNA

Diagnostico

L024 ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE MIEMBRO

☒ Principal**Indicaciones Médicas**

Profesional: CONCHA SANDOVAL JUAN MANUEL**Registro Médico:** RM 1241-88**Especialidad:** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1>Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 51/117

Folio: 47 **Fecha de Registro:** 19/11/2014 12:40:15 p. m. **N° de Historia Clínica:** 10527165
Nombre: HENRY POLINDARA **N° de Ingreso:** 709573
Area de Servicio: URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS

Datos Personales

Nombre Paciente: HENRY POLINDARA **Identificación:** 10527165 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 10/mayo/1953 **Edad Actual:** 68 Años \ 10 Meses \ 14 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: CALLE 4 41 07 **Teléfono:** 3154530825
Procedencia: POPAYAN **Ocupación:** TERCERA EDAD

Datos de Afiliación

Régimen: Contributivo **Nivel - Estrato:** NIVEL DOS
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S

Datos del Ingreso

FOLIO N° 47

(Fecha: 19/11/2014 12:40 p. m.)

Responsable: INGRESA SOLO INGRESA SOLO INGRESA SOLO **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: INGRESA SOLO **Fecha Ingreso:** 15/11/2014 1:46:51 p. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General
Nombre del Padre: NO DATO **Nombre de la Madre:** ALEJANDRINA

Antecedentes

Médicos	DBT	12/11/2014 12:00:59 p. m.
Quirúrgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:35 p. m.
Alérgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:55 p. m.
Farmacológicos	GLICOAVANCE 1 TAB DIA	12/11/2014 12:02:04 p. m.
Familiares	NIEGA	12/11/2014 12:02:29 p. m.
Médicos	DM TIPO II	15/11/2014 3:06:31 p. m.
Tóxicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:41 p. m.
Alérgicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:47 p. m.
Farmacológicos	LO REIERIDO	15/11/2014 3:06:52 p. m.
Familiares	NIEGA	15/11/2014 3:07:03 p. m.

Signos Vitales

TA: 130 / 80 **FC:** 74 **FR:** 18 **T°:** 36,1 **Peso?** No
Saturometría: No **Glucometría:** Si 110 **Paciente con Dolor ?** No



Profesional: BETANCOURT GUERRERO JOSE EDUARDO

Registro Médico: 4901/92

Especialidad: MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h2 style="text-align: center;">Historia Clínica - Evolución Especializada</h2>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 52/117

Folio: 47 Fecha de Registro: 19/11/2014 12:40:15 p. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS

Subjetiva

MEDICINA INTERNA

PACIENTE MASCULINO DE 61 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE:

1. MIOSITIS INFECCIOSA DE MUSLO IZQUIERDO
2. DIABETES MELLITUS TIPO 2

PACIENTE REFIERE SENTIRSE MEJOR, CON MEJORIA DEL CUADRO CLINICO, NO HA PRESENTADO FIEBRE, ADECUADA TOLERANCIA A LA VIA ORAL.

Objetiva

ALERTA, ORIENTADO, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS

CUELLO SIN ADENOPATIAS, LLENADO YUGULAR NORMAL

CORAZON: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

PULMONES: MURMULLO VESICULAR PRESENTE, NO RUIDOS SOBREAGREGADOS

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION

PERITONEAL

EXTREMIDADES: MUSLO IZQUIERDO CON ZONA DE TUMEFACCIÓN DE 5 CM DE DIÁMETRO EN CARA

LATERAL, CON ERITEMA, DOLOR LEVE A LA PALPACION Y CALOR LOCAL.

SNC: ALERTA SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, NO FOCALIZACION.

Análisis

PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, ALERTA, AFEBRIL, CON EVOLUCION CLINICA FAVORABLE, SIN SIRS, EN EN MANEJO ANTIBIOTICO CON CLINDAMICINA-CEFTRIAXONA DESDE EL 15 DE NOV/14. VALORADO EL DIA DE HOY POR TRAUMATOLOGIA QUIEN CONSIDERA CONTINUAR MANEJO ANTIBIOTICO.

Plan

PENDIENTE HOSPITALIZAR

CONTINUA IGUAL MANEJO INSTAURADO

Diagnostico

L031	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
M600	MIOSITIS INFECCIOSA	<input type="checkbox"/> Principal
E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/> Principal

Indicaciones Médicas

PENDIENTE HOSPITALIZAR

CONTINUA IGUAL MANEJO INSTAURADO


Profesional: BETANCOURT GUERRERO JOSE EDUARDO**Registro Médico:** 4901/92**Especialidad:** MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica de Ingreso a Hospitalización

SLV-GC—03-F54-V14

HC0067

PAGINA: 53/117

Folio: 49

Ingreso: 709573

N° Historia Clínica: 10527165

Fecha de Registro: 19/11/2014 6:37:41 p. m.

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

24/03/2022 10:58

Datos Personales

Nombre Paciente: HENRY POLINDARA Identificación: 10527165 Sexo: Masculino
Fecha Nacimiento: 10/mayo/1953 Edad Actual: 68 Años \ 10 Meses \ 14 Días Estado Civil: Casado
Dirección: CALLE 4 41 07 Teléfono: 3154530825
Procedencia: POPAYAN Ocupación: TERCERA EDAD

Datos de Afiliación

Régimen: Contributivo
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S Nivel - Estrato: NIVEL DOS

Datos del Ingreso

FOLIO N° 49

(Fecha: 19/11/2014 06:37 p. m.)

Acudiente/Responsable: INGRESA SOLO INGRESA SOLO INGRESA SOLO Teléfono Resp:
Dirección Resp: INGRESA SOLO N° Ingreso: 709573 Fecha: 15/11/2014 1:46:51 p. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica Causa Externa: Otra
Nombre del Padre: NO DATO Nombre de la Madre: ALEJANDRINA

Antecedentes

Médicos	DBT	12/11/2014 12:00:59 p. m.
Quirúrgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:35 p. m.
Alérgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:55 p. m.
Farmacológicos	GLICOAVANCE 1 TAB DIA	12/11/2014 12:02:04 p. m.
Familiares	NIEGA	12/11/2014 12:02:29 p. m.
Médicos	DM TIPO II	15/11/2014 3:06:31 p. m.
Tóxicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:41 p. m.
Alérgicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:47 p. m.
Farmacológicos	LO REIERIDO	15/11/2014 3:06:52 p. m.
Familiares	NIEGA	15/11/2014 3:07:03 p. m.

Profesional: ORDOÑEZ CAMPO CESAR AUGUSTO

Registro Profesional: 12851/87

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clinica de Ingreso a Hospitalizacion

SLV-GC—03-F54-V14

HC0067

PAGINA: 54/117

Folio: 49

Ingreso: 709573

N° Historia Clínica: 10527165

Fecha de Registro: 19/11/2014 6:37:41 p. m.

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

24/03/2022 10:58

Signos Vitales

T.A: 120 / 70 FC: 78 FR: 14 T°: 37 Paciente con Dolor? Si E.A.D: 3

Tipo de Riesgo

Riesgo: Caídas Evaluación:

Downton: Riesgo de Caídas 1

Braden: UPP 16

Consumo de Tabaco

Consumo de Tabaco: ¿Si si, cuantos al día?

Subjetivo

- REFIERE SENTIRSE UN POCO MEJOR; SOLO PRESENTA DOLOR DEL MUSLO IZQUIERDO AL MOVILIZAR LA EXTREMIDAD. DEAMBULA SIN PROBLEMA.

Objetivo

- AMBULATORIO, ACEPTABLE ESTADO GENERAL, TRANQUILO. - ESCLERAS ANICTERICAS. - CUELLO SIN INGURGITACION YUGULAR a 30°. - CORAZON RITMICO, SIN SOPLOS. - PULMONES: NORMALES. - ABDOMEN BIEN DEPRESIBLE, SIN DOLOR. - - MUSLO IZQUIERDO: TUMEFACCION HIPERtermica EN TERCIO MEDIO DE CARA LATERAL, SIN RENITENCIA. - MIEMBROS INFERIORES SIN SIGNOS DE TVP y PERFUSION DISTAL NORMAL. - SNC ORIENTADO sin DEFICIT MOTOR ni SENSITIVO.

Analisis

- PROCEDENTE DE URGENCIAS CON IDxs por MEDICINA INTERNA de MIOSITIS INFECCIOSA DE MUSLO IZQUIERDO + DIABETES MELLITUS TIPO 2, CLÍNICAMENTE SIN RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, ESTADO HEMODINÁMICO NORMAL y ADECUADO CONTROL METABÓLICO.

Identificacion e Intervencion de Necesidades Educativas

SE BRINDA AL PACIENTE EXPLICACIÓN ACERCA DEL DIAGNÓSTICO y EL TRATAMIENTO QUE SE LE ADMINISTRA; ADEMÁS SE LE EXPLICA QUE EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN PUEDE LLEVAR ENTRE 4 y 5 DÍAS, QUE SERÁ EVALUADO DIARIAMENTE POR EL ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA y SEGÚN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO Y SU EVOLUCIÓN, SE LE INFORMARÁ SI PUEDE EGRESAR DE LA INSTITUCIÓN PARA CONTINUAR MANEJO AMBULATORIO o DEBE QUEDARSE HOSPITALIZADO POR MÁS TIEMPO.

Plan

- IGUAL MANEJO INSTAURADO POR INTERNISTA.
- CAMA CON BARANDAS EN ALTO.

Diagnosticos

M600 MIOSITIS INFECCIOSA
- Muslo izquierdo.

☒ Principal

Profesional: ORDOÑEZ CAMPO CESAR AUGUSTO

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

Registro Profesional: 12851/87



Historia Clínica de Ingreso a Hospitalización

SLV-GC—03-F54-V14

HC0067

PAGINA: 55/117

Folio: 49

Ingreso: 709573

N° Historia Clínica: 10527165

Fecha de Registro: 19/11/2014 6:37:41 p. m.

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

24/03/2022 10:58

E118 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ☐ Principal
ESPECIFICADAS
- Insulino-requiriente.

Indicaciones Medicas

- IGUAL MANEJO INSTAURADO POR INTERNISTA.
- CAMA CON BARANDAS EN ALTO.

Profesional: ORDOÑEZ CAMPO CESAR AUGUSTO

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

Registro Profesional: 12851/87

	<h1 style="text-align: center;">Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 56/117

Folio: 53 **Fecha de Registro:** 20/11/2014 11:10:29 a. m. **N° de Historia Clínica:** 10527165
Nombre: HENRY POLINDARA **N° de Ingreso:** 709573
Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Datos Personales

Nombre Paciente: HENRY POLINDARA **Identificación:** 10527165 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 10/mayo/1953 **Edad Actual:** 68 Años \ 10 Meses \ 14 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: CALLE 4 41 07 **Teléfono:** 3154530825
Procedencia: POPAYAN **Ocupación:** TERCERA EDAD

Datos de Afiliación

Régimen: Contributivo **Nivel - Estrato:** NIVEL DOS
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S

Datos del Ingreso

FOLIO N° 53
(Fecha: 20/11/2014 11:10 a. m.)

Responsable: INGRESA SOLO INGRESA SOLO INGRESA SOLO **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: INGRESA SOLO **Fecha Ingreso:** 15/11/2014 1:46:51 p. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General
Nombre del Padre: NO DATO **Nombre de la Madre:** ALEJANDRINA

Antecedentes

Médicos	DBT	12/11/2014 12:00:59 p. m.
Quirúrgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:35 p. m.
Alérgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:55 p. m.
Farmacológicos	GLICOAVANCE 1 TAB DIA	12/11/2014 12:02:04 p. m.
Familiares	NIEGA	12/11/2014 12:02:29 p. m.
Médicos	DM TIPO II	15/11/2014 3:06:31 p. m.
Tóxicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:41 p. m.
Alérgicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:47 p. m.
Farmacológicos	LO REIERIDO	15/11/2014 3:06:52 p. m.
Familiares	NIEGA	15/11/2014 3:07:03 p. m.

Signos Vitales

TA: 120 / 80 **FC:** 80 **FR:** 20 **T°:** 37,0 **Peso?** No
Saturometría: No **Glucometría:** No **Paciente con Dolor ?** No



Profesional: GONZALEZ DAGUA WILLIAM FERNANDO

Registro Médico: 191471

Especialidad: MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h2 style="text-align: center;">Historia Clínica - Evolución Especializada</h2>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 57/117

Folio: 53 Fecha de Registro: 20/11/2014 11:10:29 a. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Subjetiva

PACIENTE DE 61 AÑOS DE EDAD CON DX:

MIOSITIS ABSCEDADA
DBT TIPO 2

PACIENTE TRANQUILO, CON MENOS DOLOR, SIN FIEBRE

Objetiva

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN DOLOR, CORAZON RITMICO, NO SOPLOS, PULMONES CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN SOBREGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, NO DOLOR, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PERISTALTISMO +, NO EDEMAS, LESION INDURADA, NO RENITENTE EN MUSLO DERECHO, NO SX INFLAMATORIOS, PULSOS ++, ALERTA, ORIENTADO, NO FOCALIZADO, NO SX MENINGEOS, GLASGOW 15/15

Analisis

ORTOPEDIA CONSIDERO MANEJO MEDICO, SE DA CONTINUIDAD AL ANTIBIOTICO QUE RECIBE PUES LA RESPUESTA CLINICA ES BUENA. SE PROPONE 10-14 DÍAS DE MANEJO AB. EL CONTROL METABOLICO ES ADECUADO SE MANTIENE MANEJO HIPOGLICEMIANTE.

Plan

CONTINUAR ESQUEMA AB PROPUESTO

Diagnostico

L031 CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS

☒ Principal**Indicaciones Médicas**

Profesional: GONZALEZ DAGUA WILLIAM FERNANDO**Registro Médico:** 191471**Especialidad:** MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 58/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Fecha de Registro: 20/11/2014 11:10:34 a. m.

Historia Clínica: 10527165

Ingreso: 709573

Folio: 54

Historia Clínica Evolución

FORMULACION DEL DIA.

Diagnóstico

M600	MIOSITIS INFECCIOSA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/> Principal

Indicación Médica

-DIETA HIPOGLUCIDA
 -REPOSO EN CAMA
 -CAMA CON BARANDAS EN ALTO
 -CONTROL DE LIQUIDOS ADMISNTRADOS Y ELIMINADOS
 -VIGILAR DOLOR EN MIEMBRO INFERIRO IZQUIERDO
 -VIGILAR SIGNSO DE INFECCION LOCAL
 -Insulina C 4 - 4 - 4(PREPRANDIALES)
 -LANTUS 6 - 0
 P// RESULTADO FINAL DE HEMOCULTIVOS
 -CSV E IC.

Medicamentos

Código	Descripción	Cantidad
A10BM01112 0	METFORMINA 850 mg TABLETA 850 MG VO CADA 24 HORAS CON EL ALMUERZO	2
N02BA00140 0	ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 500 MG EV CADA 6 HORAS	4
J01DC011723	CEFTRIAXONA (SAL SODICA) 1 g POLVO ESTERIL PARA INYECCION 2 GR EV CADA 24 HORAS	2
J01FC019701	CLINDAMICINA 600 mg/4 mL SOLUCION INYECTABLE 900 MG EV CADA 8 HORAS	6
B01AB067020	NADROPARINA CALCICA 3800 UI /0.4 mL SOLUCION INYECTABLE 0.3 CC CADA 24 HORA SC	1
A02BO00210 1	OMEPRAZOL 20 mg CAPSULA 20 MG CADA 24 HORAS VO	1
N02AT020701	TRAMADOL CLORHIDRATO 50 mg/mL SOLUCION INYECTABLE 25 MG EV CADA 6 HORAS	4

Bibiana Martinez M.

Profesional: DEICY BIBIANA MARTINEZ MONCAYO

Registro Médico: 630085

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 59/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Historia Clínica: 10527165

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Folio: 54

Fecha de Registro: 20/11/2014 11:10:34 a. m.

B05CB01050 CLORURO DE SODIO AL 0.9% SOLUCION INYECTABLE 500 ml
0

1

MEDICAMENTOS

Bibiana Martinez M.

Profesional: DEICY BIBIANA MARTINEZ MONCAYO

Registro Médico: 630085

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1 style="text-align: center;">Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 60/117

Folio: 57 Fecha de Registro: 20/11/2014 1:20:45 p. m. N° de Historia Clínica: 10527165
 Nombre: HENRY POLINDARA N° de Ingreso: 709573
 Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS INTERC VALORACION

Datos Personales

Nombre Paciente: HENRY POLINDARA Identificación: 10527165 Sexo: Masculino
 Fecha Nacimiento: 10/mayo/1953 Edad Actual: 68 Años \ 10 Meses \ 14 Días Estado Civil: Casado
 Dirección: CALLE 4 41 07 Teléfono: 3154530825
 Procedencia: POPAYAN Ocupación: TERCERA EDAD

Datos de Afiliación

Régimen: Contributivo
 Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S Nivel - Estrato: NIVEL DOS

Datos del Ingreso

FOLIO N° 57

(Fecha: 20/11/2014 01:20 p. m.)

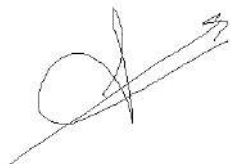
Responsable: INGRESA SOLO INGRESA SOLO INGRESA SOLO Teléfono Resp:
 Dirección Resp: INGRESA SOLO Fecha Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.
 Finalidad Consulta: No_Aplica Causa Externa: Enfermedad_General
 Nombre del Padre: NO DATO Nombre de la Madre: ALEJANDRINA

Antecedentes

Médicos	DBT	12/11/2014 12:00:59 p. m.
Quirúrgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:35 p. m.
Alérgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:55 p. m.
Farmacológicos	GLICOAVANCE 1 TAB DIA	12/11/2014 12:02:04 p. m.
Familiares	NIEGA	12/11/2014 12:02:29 p. m.
Médicos	DM TIPO II	15/11/2014 3:06:31 p. m.
Tóxicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:41 p. m.
Alérgicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:47 p. m.
Farmacológicos	LO REIERIDO	15/11/2014 3:06:52 p. m.
Familiares	NIEGA	15/11/2014 3:07:03 p. m.

Signos Vitales

TA: 120 / 80 FC: 94 FR: 16 T°: 36,0 Peso? No
 Satirometría: No Glucometría: No Paciente con Dolor ? No



Profesional: APRAEZ IPPOLITO FRANCISCO JAVIER

Registro Médico: 192230

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica - Evolución Especializada

SLV-GC-03-F01-V14

HC005

PAGINA: 61/117

Folio: 57 Fecha de Registro: 20/11/2014 1:20:45 p. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS INTERC VALORACION

Subjetiva

ORTOPEDIA

PACIENTE CON MISOSITIS INFECCIONSA DE L MUSLO IZQUIERDO
REFEIR ESNETIRSE BASTANTE MEJOR

Objetiva

ESTA DISMINUYENDO EL EDEMA Y ERITMEA

Analisis

EVOILCUION SATISFACTORIA

Plan

IGUAL AMENJO

Diagnostico

M600 MIOSITIS INFECCIOSA

☒ Principal

Indicaciones Médicas

Profesional: APRAEZ IPPOLITO FRANCISCO JAVIER

Registro Médico: 192230

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 62/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Fecha de Registro: 21/11/2014 9:29:06 a. m.

Historia Clínica: 10527165

Ingreso: 709573

Folio: 61

Historia Clínica Evolución

- En manejo por la Especialidad de Medicina Interna.

- Formulación:

Diagnóstico

M600	MIOSITIS INFECCIOSA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
	- Muslo izquierdo.	
E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/> Principal
	- Insulino-requiriente.	

Indicación Médica

- - - Valorado por Internista, Doctor JOSE E. BETANCOURT G. - - -
- Dieta hipoglúcida.
- Cuidados del sello de heparina.
- Acompañante permanente.
- Deambulación.
- En reposo cabecera levantada a 45° en cama con barandas en alto.
- Vigilar signos de dificultad respiratoria y/o dolor torácico.
- Cuidados de SIGNOS INFLAMATORIOS de musalo izquierdo.
- Miembro inferior izquierdo eelvado a 30°.
- INSULINA NPH: 6 - 0 unidades, VÍA SUBCUTÁNEA, previa glucometría.
- INSULINA CRISTALINA: 4 - 4 - 4 unidades, VÍA SUBCUTÁNEA, preprandiales.
- Educación al paciente y acompañante de todo lo relacionado con el manejo de la Insulina.
- Vigilar signos de hipoglucemia.
- Ordena glucometría solo en ayunas.
- Control de líquidos administrados y eliminados.
- Control de signos vitales cada 8 horas.
- Informar cambios.
- Ordena gram y cultivo de punción de muslo izquierdo y resto igual.
- Ordena evolución por Traumatología para drenaje.

Medicamentos

Código	Descripción	Cantidad
A02BO0210 1	OMEPRAZOL 20 mg CAPSULA	1
	20 mg, VÍA ORAL, cada 24 horas.	
B05CB01050 0	CLORURO DE SODIO AL 0.9% SOLUCION INYECTABLE 500 ml	2
	- Para dilución de medicamentos.	
J01FC019701	CLINDAMICINA 600 mg/4 mL SOLUCION INYECTABLE 900 mg, VÍA ENDOVENOSA LENTA, cada 8 horas.	6

Profesional: CESAR AUGUSTO ORDOÑEZ CAMPO

Registro Médico: 12851/87

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 63/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Historia Clínica: 10527165

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Folio: 61

Fecha de Registro: 21/11/2014 9:29:06 a. m.

J01DC011723	CEFTRIAXONA (SAL SODICA) 1 g POLVO ESTERIL PARA INYECCION	2
	2 gr, VÍA ENDOVENOSA LENTA, cada 24 horas.	
N02AT020701	TRAMADOL CLORHIDRATO 50 mg/mL SOLUCION INYECTABLE	3
	DISMINUIR a 25 mg, VÍA ENDOVENOSA LENTA, cada 8 horas.	
N02BA00140	ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA	3
0		
	DISMINUIR a 500 mg, VÍA ORAL, cada 8 horas, junto con el tramadol.	
B01AB067020	NADROPARINA CALCICA 3800 UI /0.4 mL SOLUCION INYECTABLE	1
	0.3 cc, VÍA SUBCUTÁNEA, cada 24 horas.	
A10BM01112	METFORMINA 850 mg TABLETA	1
0		
	850 mg, VÍA ORAL, cada 24 horas con el almuerzo.	

Exámenes

Código	Descripción	Cantidad
19316	CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA PARA MICROORGANISMOS	1
	- De punción de absceso de muslo izquierdo.	
19497	GRAM TINCION Y LECTURA CUALQUIER MUESTRA	1
	- De punción de absceso de muslo izquierdo.	

Profesional: CESAR AUGUSTO ORDOÑEZ CAMPO

Registro Médico: 12851/87

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1>Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 64/117

Folio: 62 Fecha de Registro: 21/11/2014 9:43:52 a. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Datos Personales

Nombre Paciente: HENRY POLINDARA **Identificación:** 10527165 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 10/mayo/1953 **Edad Actual:** 68 Años \ 10 Meses \ 14 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: CALLE 4 41 07 **Teléfono:** 3154530825
Procedencia: POPAYAN **Ocupación:** TERCERA EDAD

Datos de Afiliación

Régimen: Contributivo **Nivel - Estrato:** NIVEL DOS
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S

Datos del Ingreso

FOLIO N° 62

(Fecha: 21/11/2014 09:43 a. m.)

Responsable: INGRESA SOLO INGRESA SOLO INGRESA SOLO **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: INGRESA SOLO **Fecha Ingreso:** 15/11/2014 1:46:51 p. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General
Nombre del Padre: NO DATO **Nombre de la Madre:** ALEJANDRINA

Antecedentes

Médicos	DBT	12/11/2014 12:00:59 p. m.
Quirúrgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:35 p. m.
Alérgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:55 p. m.
Farmacológicos	GLICOAVANCE 1 TAB DIA	12/11/2014 12:02:04 p. m.
Familiares	NIEGA	12/11/2014 12:02:29 p. m.
Médicos	DM TIPO II	15/11/2014 3:06:31 p. m.
Tóxicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:41 p. m.
Alérgicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:47 p. m.
Farmacológicos	LO REIERIDO	15/11/2014 3:06:52 p. m.
Familiares	NIEGA	15/11/2014 3:07:03 p. m.

Signos Vitales

TA: 120 / 70 FC: 70 FR: 18 T°: 36,0 Peso? No
 Satirometría: No Glucometría: No Paciente con Dolor ? Si E.A.D: 1


Profesional: ILLERA BOLAÑOS JOSE MARIA**Registro Médico:** 3542**Especialidad:** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1>Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 65/117

Folio: 62 Fecha de Registro: 21/11/2014 9:43:52 a. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

SubjetivaPTE CON TUMEFACCION MUSLO IZQ
FUE PUNCIONADO Y ENVIARON MAT A ESTUDIO**Objetiva**

EDMA , TUMEFACCION INDURADA LATERAL EN MUSLO

Analisis

PLANTEO DRENAJE QCO

PlanCH, VSG, PCR
T. PROTROMBINA Y TTP**Diagnostico**E118 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES ☒ Principal
NO ESPECIFICADASM600 MIOSITIS INFECCIOSA ☐ Principal**Indicaciones Médicas**

Profesional: ILLERA BOLAÑOS JOSE MARIA**Registro Médico:** 3542**Especialidad:** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 66/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Fecha de Registro: 21/11/2014 10:32:17 a. m.

Historia Clínica: 10527165

Ingreso: 709573

Folio: 63

Historia Clínica Evolución

- Revista de sala por Traumatología.

Diagnóstico

M600	MIOSITIS INFECCIOSA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
	- Muslo izquierdo.	
E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/> Principal
	- Insulino-requiriente.	

Indicación Médica

- - - Valorado por Traumatología, Doctor JOSE M. ILLERA B. - - -
 - Ordena pasar turno para drenaje quirúrgico y laboratorios.
 - NADA VÍA ORAL.
 - Líquidos endovenosos: SSN ----- 1000 para 12 horas.
 - Suspnder Insulina cristalina hasta nueva orden.
 - Suspende metformina hasta nueva orden.
 - GLUCOMETRÍAS cada 4 horas.
 - Resto igual.

Medicamentos

Código	Descripción	Cantidad
B05CB01050	CLORURO DE SODIO AL 0.9% SOLUCION INYECTABLE 500 ml	2

0

- Líquidos endovenosos: 1000 cc para 12 horas.

Exámenes

Código	Descripción	Cantidad
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	1
19806	PROTEINA C REACTIVA PCR PRUEBA CUANTITATIVA DE ALTA PRECISION	1
19977	VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR VSG	1
19827	PROTROMBINA, TIEMPO PT	1
19958	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	1

Profesional: CESAR AUGUSTO ORDOÑEZ CAMPO

Registro Médico: 12851/87

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1>Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 67/117

Folio: 64 **Fecha de Registro:** 21/11/2014 10:50:05 a. m. **N° de Historia Clínica:** 10527165
Nombre: HENRY POLINDARA **N° de Ingreso:** 709573
Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Datos Personales

Nombre Paciente: HENRY POLINDARA **Identificación:** 10527165 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 10/mayo/1953 **Edad Actual:** 68 Años \ 10 Meses \ 14 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: CALLE 4 41 07 **Teléfono:** 3154530825
Procedencia: POPAYAN **Ocupación:** TERCERA EDAD

Datos de Afiliación

Régimen: Contributivo **Nivel - Estrato:** NIVEL DOS
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S

Datos del Ingreso

FOLIO N° 64

(Fecha: 21/11/2014 10:50 a. m.)

Responsable: INGRESA SOLO INGRESA SOLO INGRESA SOLO **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: INGRESA SOLO **Fecha Ingreso:** 15/11/2014 1:46:51 p. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General
Nombre del Padre: NO DATO **Nombre de la Madre:** ALEJANDRINA

Antecedentes

Médicos	DBT	12/11/2014 12:00:59 p. m.
Quirúrgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:35 p. m.
Alérgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:55 p. m.
Farmacológicos	GLICOAVANCE 1 TAB DIA	12/11/2014 12:02:04 p. m.
Familiares	NIEGA	12/11/2014 12:02:29 p. m.
Médicos	DM TIPO II	15/11/2014 3:06:31 p. m.
Tóxicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:41 p. m.
Alérgicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:47 p. m.
Farmacológicos	LO REIERIDO	15/11/2014 3:06:52 p. m.
Familiares	NIEGA	15/11/2014 3:07:03 p. m.

Signos Vitales

TA: 110 / 70 **FC:** 76 **FR:** 18 **T°:** 36,1 **Peso?** No
Saturometría: No **Glucometría:** No **Paciente con Dolor ?** No



Profesional: BETANCOURT GUERRERO JOSE EDUARDO

Registro Médico: 4901/92

Especialidad: MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1 style="text-align: center;">Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14
		HC005
		PAGINA: 68/117

Folio: 64 Fecha de Registro: 21/11/2014 10:50:05 a. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Subjetiva

MEDICINA INTERNA. DR JOSE EDUARDO BETANCOUT- KAREN DAZA MEDICO INTERNO
 PACIENTE MASCULINO DE 61 AÑOS CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS:
 1. MIOSITIS ABSCEDADA
 2. DIABETES MELLITUS TIPO 2

EL PACIENTE REFIERE SENTIRSE EN MEJORES CONDICIONES, DISMINUCION DE DOLOR

Objetiva

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES
 CABEZA: NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS FOTORREACTIVAS
 CUELLO: MOVIL NO SE PALPAN MASAS
 TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIVO
 PULMONES BIEN VENTILADOS SIN SOBREAgregados
 CORAZON RITMICO SIN SOPLOS
 EXTREMIDADES: CON LESION INDURADA RENITENTE EN MUSLO DERECHO POR LO QUE SE PUNCIONA Y SE EXTRAE UN CC DE MATERIAL PURULENTO QUE SE ENVIA A GRAM Y CULTIVO, PULSO PERIFERICOS PRESENTES SIMETRICOS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS
 SNC: ALERTA ORIENTADO, SIN DEFICIT APARENTE MOTOR NI SENSITIVO, NO FOCALIZADO, NO SIGNOS MENINGEOS

Analisis

PACIENTE CON MIOSITIS EN MANEJO ANTIBIOTICO PARA MIOSITIS CON FAVORABLE RESPUESTA CLINICA, NO HA PRESENTADO ALZAS TERMICAS, EL DIA DE HOY SE ENCUENTRA ZONA RENITENTE EN LESION POR LO QUE SE PUNCIONA Y SE EXTRAE MATERIAL PURULENTO QUE SE ENVIA A CULTIVO Y GRAM, ES VALORADO POR TRAUMATOLOGIA QUE CONSIDERA MANEJO QUIRURGICO, SE SOLICITA TOMA DE GLUCOMETRIA UNA VEZ AL DIA

Plan

GLUCOMETRIA UNA VEZ AL DIA
 CULTIVO Y GRAM DE MUESTRA EXTRAIDA POR PUNCION DE LESION EN MUSLO
 CONTINUAR MANEJO INSTAURADO

Diagnostico

E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS - Insulino-requiriente.	<input type="checkbox"/> Principal
M600	MIOSITIS INFECCIOSA - Muslo izquierdo.	<input checked="" type="checkbox"/> Principal


Profesional: BETANCOURT GUERRERO JOSE EDUARDO**Registro Médico:** 4901/92**Especialidad:** MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	Historia Clínica - Evolución Especializada	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 69/117

Folio: 64 Fecha de Registro: 21/11/2014 10:50:05 a. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Indicaciones Médicas

GLUCOMETRIA UNA VEZ AL DIA
CULTIVO Y GRAM DE MUESTRA EXTRAIDA POR PUNCION DE LESION EN MUSLO
CONTINUAR MANEJO INSTAURADO

**Profesional:** BETANCOURT GUERRERO JOSE EDUARDO**Registro Médico:** 4901/92**Especialidad:** MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Descripción Operatoria

SLV-GC—03-F04-V14

HC0015

PAGINA: 70/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Historia Clínica: 10527165

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Folio: 67

Fecha de Registro: 21/11/2014 4:00:33 p. m.

Fecha: 21/11/2014 3:52:26 Hora de Inicio: 15:20
p. m.

Hora de Terminación: 15:40

Número de Quirofano: 1

Especialista: 10290635 PORTELA GARCIA JORGE EDUARDO

1er Ayudante: 10299448 ZUÑIGA BERMUDEZ WEIMAR JESUS

Instrumentador: 38554515 DIANA MILENA GARCIA CARDONA

Anestesiologo: 10533972 SARRIA AYERBE LUIS EDUARDO

Intervención Practicada: DRENAJE ABSCESO EN MUSLO IZQ (11300) DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS
BLANDOS PROFUNDOS (15102) CURETAJE OSEO FEMUR (13400)

Intensificador de Imagen: NO

Anestesia: RAQUIDEA

Tipo de Cirugía: CONTAMINADA

Clase de Atención: Urgencia

Drenaje: SIN DREN

DESCRIPCIÓN DE LOS "HALLAZGOS OPERATORIOS Y DEL PROCEDIMIENTO"

HALLAZGOS:

Absceso profundo y tabicado en cara lateral muslo izquierdo.

PROCEDIMIENTO:

Asepsia y antisepsia, anestesia raquidea, campos operatorios.

Incision centrada en zona de renitencia en cara lateral del muslo.

Diseccion por planos evidenciando hallazgos descritos.

Drenaje de absceso tabicado obteniendo 10 cc de material purulento.

Desbridamiento de tejidos blandos.

Curetaje femur.

Lavado con 2000 cc de ssn.

Herida abierta, se cubre con aposito esteril y vendaje elastico.

No complicaciones.

PLAN:

Profesional: JORGE EDUARDO PORTELA GARCIA**Especialidad:** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

Registro Médico: 94619-2005



Historia Clínica Descripción Operatoria

SLV-GC—03-F04-V14

HC0015

PAGINA: 71/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Historia Clínica: 10527165

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Folio: 67

Fecha de Registro: 21/11/2014 4:00:33 p. m.

Continuar manejo AB IV

Diagnostico

L024 ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE MIEMBRO

☒ Principal

Indicaciones Médicas

Continúa hospitalizado con manejo antibiotico.

Profesional: JORGE EDUARDO PORTELA GARCIA**Especialidad:** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

Registro Médico: 94619-2005

	<h2>Registro de Enfermería Transoperatorio</h2>	SLV-GC—03-F25-V14
		HC0035
		PAGINA: 72/117

N° de Historia Clínica: 10527165 **Ingreso:** 709573 **Folio:** 68
Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA
Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m. **Fecha de Registro:** 21/11/2014 4:03:02 p. m.

Informe

N° Quirofano: 1 **Procedimiento:** DRENAJE DE ABSCESO EN EL MUSLO **Cesarea:** No
 IZQUIERDO
Lado a Operar: MIEMBRO INFERIOR **Estado de Conciencia:** Conciente
 DERECHO

Signos Vitales al Ingreso

TA: 177 / 90 FC: 78 FR: 20 T°: 37 Glucometria: No Saturaometria: Si 98

LEV al ingreso e Intraoperatorio

Lev al Ingreso: Si SOLUCION SALINA NORMAL EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO VENA PERMEABLE SIN
 SIGNOS DE FLEBITIS
Sello de Heparina: SI EN MIEMBRO SUEPROIRDERECHO
Hora de Ingreso: 15:10

LEV Intraoperatorio	
SSN:	1500CC EVL
HARTMAN:	NO
D 5% SS:	NO
DAD 5%:	NO
HEMODERIVADO:	NO
OTROS:	NO

Hora de Anestesia: 15:15 **Tipo de Anestesia:** Raquidea **Estado de Conciencia:** Conciente

Anestisico	Observaciòn
Fentanil:	0.5CC PARA ANESTESIA RAQUIDEA
Xilocaina:	NO
Esmeron:	NO
Effortil:	NO
Quelicin:	NO
Propofol:	NO



LADY VIVIANA TUMBAJOY HERNANDEZ

Especimen: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Registro Médico: 5029

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h2>Registro de Enfermería Transoperatorio</h2>	SLV-GC—03-F25-V14
		HC0035
		PAGINA: 73/117

N° de Historia Clínica: 10527165 **Ingreso:** 709573 **Folio:** 68
Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA
Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m. **Fecha de Registro:** 21/11/2014 4:03:02 p. m.

Atropina:	NO
Midazolam:	NO
Thiopental Sodico:	NO
Rhemifentanil:	NO
Bupinest:	PESADO PARA ANESTESIA RAQUIDEA
Otros:	15:41 DIPIRONA X1G 2 AMPOLLAS D/LIQUIDOS ENDOVENOSO

Limpieza area para colocaciòn anestesia: Si Soluciòn Utilizada: PREVIA SEPSIA Y ANTISEPSIA CON CLORHEXIDINA JABON Y SOLUCION

Intubaciòn: ☐ SI ☐ NO N° Tubo: ,00 N° Mascara Laringea:

Desinfecciòn àrea quirurgica: PREVIA SEPSIA Y ANTISEPSIA CON CLORHEXIDINA JABON Y SOLUCION Colocaciòn de Sonda: Vesical

Características de lo drenado: NO APLICA

Hora de inicio acto quirurgico: 15:35 Colocaciòn de torniquetes: No

Observaciòn:

N° compresas acto quirurgico: 10 Compresas adicionales: No N° Compresas terminada Cirugia:

Completas? Si Porque?

Se recoge muestra para Patologia: Si Tipo de Muestra: CULTIVO

Con formol al 10%, se rotula y se entrega a: NO APLICA

Otro tipo de muestra: Cultivo SE COLOCA EN FRASCO DE VIDRIO CON ANTICOAGULANTE

Signos Vitales al Egreso

TA: 160 / 90 FC: 77 FR: 17 T°: 36 Glucometria: No Saturometria: Si 98

Hora de Terminaciòn Acto Quirurgico: 15:40
 Hora de Traslado: 15:50 Hora de Extubaciòn: no aplica
 Complicaciones: No
 Estado de Conciencia: ☐ Conciente ☐ Somnoliento ☐ Estuporoso ☐ Inconciente
 Tubo Endotraqueal: No Canula de Guedel: Si

Viviana T

LADY VIVIANA TUMBAJOY HERNANDEZ

Registro Médico: 5029

Especimen: AUXILIAR DE ENFERMERIA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Registro de Enfermería Transoperatorio

SLV-GC—03-F25-V14

HC0035

PAGINA: 74/117**N° de Historia Clínica:** 10527165**Ingreso:** 709573**Folio:** 68**Nombre del Paciente:** HENRY POLINDARA**Fecha de Ingreso:** 15/11/2014 1:46:51 p. m.**Fecha de Registro:** 21/11/2014 4:03:02 p. m.

Medicamentos aplicados al final del acto quirúrgico	
Prostigmine:	no
Atropina:	no
Xilocaina:	no
Otros:	no

Líquidos Endovenosos: ssn x 500 cc

Sitio: MSI Goteo: mínimo

Herida Quirúrgica: apósito mas vendaje elástico

A nivel de: muslo izquierdo

Inmovilizaciones: ☐ Ferula ☐ Yeso ☐ Tutor Externo ☐ Venda Elástica**Observación:**

no aplica

DRENAJES	
SNG:	no
Sonda Vesical:	no
Tubo en T:	no
Dren Penrose:	no
Dren Summ:	no
Hemovac:	no
Tubo de Torax:	no
Otros:	no

Emergencia Quirúrgica: No**Observaciones Generales:**

LADY VIVIANA TUMBAJOY HERNANDEZ

Espectadora. AUXILIAR DE ENFERMERIA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

Registro Médico: 5029



Registro de Enfermería Transoperatorio

SLV-GC—03-F25-V14

HC0035

PAGINA: 75/117

N° de Historia Clínica: 10527165

Ingreso: 709573

Folio: 68

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Fecha de Registro: 21/11/2014 4:03:02 p. m.

se traslada paciente a sala de recuperacion en camilla con barandasa en alto

LADY VIVIANA TUMBAJOY HERNANDEZ

Especimen. AUXILIAR DE ENFERMERIA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

Registro Médico: 5029

	<h1>Registro de Instrumentación Quirúrgica</h1>	SLV-GC—03-F02-V14
		HC0008
		PAGINA: 76/117

Folio: 69 Fecha de Registro: 21/11/2014 4:10:53 p. m. N° de Historia Clínica: 10527165
Ingreso: 700573

Datos Personales

Nombre Paciente: HENRY POLINDARA Identificación: 10527165 Sexo: Masculino
Fecha Nacimiento: 10/mayo/1953 Edad Actual: 68 Años \ 10 Meses \ 14 Días Estado Civil: Casado
Dirección: CALLE 4 41 07 Teléfono: 3154530825
Procedencia: POPAYAN Ocupación: TERCERA EDAD

Datos de Afiliación

Régimen: Contributivo
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S Nivel - Estrato: NIVEL DOS

Datos del Ingreso

FOLIO N° 69

(Fecha: 21/11/2014 04:10 p. m.)

Responsable: INGRESA SOLO INGRESA SOLO INGRESA SOLO Teléfono Resp:
Dirección Resp: INGRESA SOLO Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica Causa Externa: Enfermedad_General

Informe

Quirofano: 1 Proceso previo de Limpieza: rutinario
Procedimiento: 11300 DRENAJE DE ABSCESO O HEMATOMA
Cirujano: 10290635 PORTELA GARCIA JORGE EDUARDO
Anestesiologo: 10533972 SARRIA AYERBE LUIS EDUARDO
Ayudante: 10299448 ZUÑIGA BERMUDEZ WEIMAR JESUS
Circulante: 1061700089 LADY VIVIANA TUMBAJOY HERNANDEZ
Instrumental Completo: Si

Indicador Químico de Instrumental :	Indicador Químico de Paquete de Ropa:
OPTIMO	OPTIMO

Conteo de Compresas: No

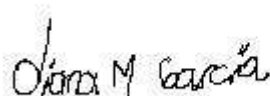
Conteo de Gasas: No

Conteo de Agujas: No

Conteo de Hojas de Bisturi: Si

No. Inicio:	1
No. Final:	1

Conteo Completo: Si



Instrumentador: DIANA MILENA GARCIA CARDONA

Registro Médico: 9999

Especialidad: OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1>Registro de Instrumentación Quirúrgica</h1>	SLV-GC—03-F02-V14
		HC0008
		PAGINA: 77/117

Folio: 69 Fecha de Registro: 21/11/2014 4:10:53 p. m. N° de Historia Clínica: 10527165
 Ingreso: 700572

Patología: Si Nombre de la Patología: CULTIVO ABSCESO MUSLO.
 Cirugía: 70

Limpieza de Quirofano: Si

Se aplica desinfección posterior a la sala: Si

Observaciones

INDICADORES RADICADOS EN EL LIBRO.

Procedimientos Quirúrgicos

Código	Descripción	Cantidad
--------	-------------	----------

Procedimientos No Quirúrgicos

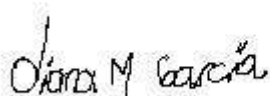
Código	Descripción	Cantidad
--------	-------------	----------

Procedimientos Quirúrgicos Ejecutados

Código	Descripción	Evento
--------	-------------	--------

Material Implantable:

Detalle:



Instrumentador: DIANA MILENA GARCIA CARDONA

Especialidad: OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

Registro Médico: 9999



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 78/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Historia Clínica: 10527165

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS QUIROFANOS

Folio: 70

Fecha de Registro: 21/11/2014 4:31:07 p. m.

Historia Clínica Evolución

FORMULACION DE PACIENTE .

CUADRO HEMATICO: SIN LEUCOCITOSIS NI NEUTROFILIA , HB NORNAL PLT NORMAL , PCR NORMAL VSG LIGERAMENTE ELEVADA , TIEMPOS DE COGULACION NORMAL (TP Y TPT).

Diagnóstico

L024	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE MIEMBRO	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/> Principal
Z489	CUIDADO POSTERIOR A LA CIRUGIA, NO ESPECIFICADO	<input type="checkbox"/> Principal

Indicación Médica

- Dieta hipoglúcida cuando se recupere de la anestesia . si tolera via oral suspender lev y dejar sello de heparina
- Líquidos endovenosos: SSN ----- 1000 para 12 horas.
- Prevenir caídas
- Cama con barandas en alto
- Acompañante permanente.
- Deambulacion.
- Vigilar signos de dificultad respiratoria y/o dolor torácico.
- Cuidados de SIGNOS INFLAMATORIOS de muslo izquierdo.
- Miembro inferior izquierdo elvado a 30°.
- INSULINA NPH: 6 - 0 unidades, VÍA SUBCUTÁNEA, previa glucometría. (cuando inicie via oral)
- INSULINA CRISTALINA: 4 - 4 - 4 unidades, VÍA SUBCUTÁNEA, preprandiales.(cuando reinicie via oral)
- Educación al paciente y acompañante de todo lo relacionado con el manejo de la Insulina.
- Vigilar signos de hipoglucemia.
- Control de líquidos administrados y eliminados.
- Control de signos vitales cada 8 horas.
- Informar cambios.
- Pnediente resultado de cultlvo tomado por el DR Portela en cirugía .

Exámenes

Código	Descripción	Cantidad
19316	CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA PARA MICROORGANISMOS de seresion de muslo izquierdo tomadon por el DR PORTELA . TRAUMATOLOGO DE TURNO.	1

Ana Milena Muñoz R.

Profesional: ANA MILENA MUÑOZ ROMAN

Registro Médico: RM 192100

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 79/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS QUIROFANOS

Fecha de Registro: 21/11/2014 5:23:39 p. m.

Historia Clínica: 10527165

Ingreso: 709573

Folio: 71

Historia Clínica Evolución

PACIENTE DE 61 AÑOS DE E DAD CON DIAGNOSTICO DE :

1. ABSCESO EN MIEBRO INFERIOR IZQUIERDO EN MUSLO
2. DIABETE S MELLITUS TIPO II

EN BUEN ESTADO GENERAL , CONTROL DEL DOLOR , HA ESTADO ESTABLE
HEMODINAMICAMENTE , SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA

CONJUNTIVAS ROSADAS
MUCOSA ORAL HUMEDA
CORAZON RITMICO SIN SOPLOS
PULMONES LIMPIOS BIEN VENTILADOS
ABDOMEN : NO DISTENDIDO PERISTALTISMO POSITIVO BLANDO DEPRESIBLE.
SNC : ALERTA . MOVILIZA LAS EXTREMIDADES PERO CON DIFICULTAD TODAVIA BAJO
EFECTOS DE ANESTESIA .
EXTREMIDADES : MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO EN MUSLO CON VENDAJE ELASTICO NO
SE RETIRA , PULSOS PERIFERICOS , SENSIBILIDAD PRESENTE.

PLAN : HOSPITALIZAR, CONITNUAR MANEJO MEDICO INSTURADO PREVIAMENTE .

Diagnóstico

L029	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE SITIO NO ESPECIFICADO	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/> Principal

Indicación Médica

COMPLEMENTO DE LA FORMULACION .
OMEPRAZOL 20 MG VIA ORAL CADA DIA .
NADROPARINA 0,3 CC SC CADA 24 HORAS.
INSULINA GLARGINA (LANTUS) 6 UNIDADES 8 AM .
SUSPENDE INSULINA NPH .
TRAMADOL 50 MG MEDIA AMPOLLA ENDOVENOSO CADA 8 HORAS
ACETAMINOFEN 500MG VIA ORAL CADA 8 HORAS
CLINDAMICINA 900MG ENDOVENOSO ENDOVENOSO CADA 8 HORAS
CEFTRIAXONA 2 GR ENDOVENOSO CADA 24 HORAS
METFORMINA 850 MG VIA ORAL CADA DIA (12 MEDIO DIA) REINICIAR MAÑANA.
CURACION DIARIA DE HERIDA QUIRURGICA
RESTO DE ORDENES MEDICAS IGUAL.

Ana Milena Muñoz R.

Profesional: ANA MILENA MUÑOZ ROMAN

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Registro Médico: RM 192100

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 80/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS QUIROFANOS

Fecha de Registro: 21/11/2014 6:27:24 p. m.

Historia Clínica: 10527165

Ingreso: 709573

Folio: 72

Historia Clínica Evolución

PACIENTE DE 61 AÑOS EN POP DE DRENAJE DRENAJE ABSCESO EN MUSLO IZQ
 DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS BLANDOS PROFUNDOS CURETAJE OSEO FEMUR Y DIABETES
 MELLITUS .
 REPORTE DE GLUCOMETRIA 106 G R /DL .

Diagnóstico

- | | | |
|------|---|---|
| E118 | DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES
NO ESPECIFICADAS | <input type="checkbox"/> Principal |
| L024 | ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE MIEMBRO | <input checked="" type="checkbox"/> Principal |
| Z489 | CUIDADO POSTERIOR A LA CIRUGIA, NO ESPECIFICADO | <input type="checkbox"/> Principal |

Indicación Médica

GLUCOMETRIA AHOR A: 106 GR/DL
 DEJAR GLUCOMETRIA CADA 4 HORAS MIENTRAS NO RECIBA VIA ORAL
 LUEGO TOMAR GLUCOMETRIA PREVIA ADMINISTRACION DE INSULINA AL INICIAR VIA ORAL . E
 INFORMAR RESULTADO A MEDICO .
 RESTO DE ORDENES MEDICAS IGUAL .

Ana Milena Muñoz R.

Profesional: ANA MILENA MUÑOZ ROMAN

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Registro Médico: RM 192100

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 81/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Fecha de Registro: 21/11/2014 8:36:10 p. m.

Historia Clínica: 10527165

Ingreso: 709573

Folio: 73

Historia Clínica Evolución

NOTA DE REINGRESO A LA SALA

PACIENTE PROCEDENTE DE QUIROFANO CON DIAGNOSTICO DE :

1. ABSCESO EN MIEBRO INFERIOR IZQUIERDO EN MUSLO
 2. DIABETE S MELLITUS TIPO II
- EN POP DE DRENAJE DE ABSCESO EN MUSLO IZQUIERDO, DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS BLANDOS Y CURETAJE DE FEMUR
EN BUEN ESTADO GENERAL , CONTROL DEL DOLOR , ESTABLE HEMODINAMICAMENTE , SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA

CONJUNTIVAS ROSADAS

MUCOSA ORAL HUMEDA

CORAZON RITMICO SIN SOPLOS

PULMONES LIMPIOS BIEN VENTILADOS

ABDOMEN : NO DISTENDIDO PERISTALTISMO POSITIVO BLANDO DEPRESIBLE.

SNC : ALERTA . MOVILIZA LAS EXTREMIDADES PERO CON DIFICULTAD TODAVIA BAJO EFECTOS DE ANESTESIA .

EXTREMIDADES : MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON VENDAJE ELASTICO EN MUSLO IZQUIERDO , SIN EVIDENCIA DE SANGRADO , PULSOS PERIFERICOS , SENSIBILIDAD PRESENTE.

PLAN : CONTINUAR MANEJO MEDICO INSTAURADO PREVIAMENTE .

Diagnóstico

L024	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE MIEMBRO	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
Z489	CUIDADO POSTERIOR A LA CIRUGIA, NO ESPECIFICADO	<input type="checkbox"/> Principal

Indicación Médica

SE CONTINUA MANEJO ESTABLECIDO POR TRAUMATOLOGO

Profesional: GERARDO PULIDO OCHOA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Registro Médico: 4370/89

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1 style="text-align: center;">Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 82/117

Folio: 75 Fecha de Registro: 22/11/2014 8:36:01 a. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Datos Personales

Nombre Paciente: HENRY POLINDARA **Identificación:** 10527165 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 10/mayo/1953 **Edad Actual:** 68 Años \ 10 Meses \ 14 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: CALLE 4 41 07 **Teléfono:** 3154530825
Procedencia: POPAYAN **Ocupación:** TERCERA EDAD

Datos de Afiliación

Régimen: Contributivo **Nivel - Estrato:** NIVEL DOS
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S

Datos del Ingreso

FOLIO N° 75

(Fecha: 22/11/2014 08:36 a. m.)

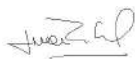
Responsable: INGRESA SOLO INGRESA SOLO INGRESA SOLO **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: INGRESA SOLO **Fecha Ingreso:** 15/11/2014 1:46:51 p. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General
Nombre del Padre: NO DATO **Nombre de la Madre:** ALEJANDRINA

Antecedentes

Médicos	DBT	12/11/2014 12:00:59 p. m.
Quirúrgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:35 p. m.
Alérgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:55 p. m.
Farmacológicos	GLICOAVANCE 1 TAB DIA	12/11/2014 12:02:04 p. m.
Familiares	NIEGA	12/11/2014 12:02:29 p. m.
Médicos	DM TIPO II	15/11/2014 3:06:31 p. m.
Tóxicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:41 p. m.
Alérgicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:47 p. m.
Farmacológicos	LO REIERIDO	15/11/2014 3:06:52 p. m.
Familiares	NIEGA	15/11/2014 3:07:03 p. m.

Signos Vitales

TA: 110 / 80 FC: 60 FR: 14 T°: 0,0 **Peso?** No
Saturometría: No **Glucometría:** No **Paciente con Dolor ?** No


Profesional: CONCHA SANDOVAL JUAN MANUEL**Registro Médico:** RM 1241-88**Especialidad:** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h2 style="text-align: center;">Historia Clínica - Evolución Especializada</h2>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 83/117

Folio: 75 Fecha de Registro: 22/11/2014 8:36:01 a. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Subjetiva

PACIENTE DIABETICO ABSCESO EN MUSLO POSTQCO DE DESBRIDAMIENTO Y DRENAJE

Objetiva

ESTABLE SIN DOLOR NI SIGNOS DE COMPLICACIONES

Analisis

ABSCESO EN MUSLO

PlanCURACION DIARIA
MANEJO CONJUNTO CON MEDICINA INTERNA**Diagnostico**

L023 ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE GLUTEOS

☒ Principal**Indicaciones Médicas**

Profesional: CONCHA SANDOVAL JUAN MANUEL**Registro Médico:** RM 1241-88**Especialidad:** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 84/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Historia Clínica: 10527165

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Folio: 77

Fecha de Registro: 22/11/2014 12:15:53 p. m.

Historia Clínica Evolución

FORMULACION MEDICA Y CAMBIOS DE LA REVISTA ESPECIALIZADA DR HOLGUIN

Diagnóstico

L023	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE GLUTEOS	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
Z489	CUIDADO POSTERIOR A LA CIRUGIA, NO ESPECIFICADO	<input type="checkbox"/> Principal
E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/> Principal

Indicación Médica

- Dieta hipoglucida
- Cuidados del sello de heparina.
- Acompañante permanente.
- Prevenir caídas
- Deambulación.
- En reposo cabecera levantada a 45° en cama con barandas en alto.
- Vigilar signos de dificultad respiratoria y/o dolor torácico.
- Cuidados de SIGNOS INFLAMATORIOS de muslo izquierdo.
- Miembro inferior izquierdo eelvado a 30°.
- INSULINA GLARGINA: 8 - 0 unidades, VÍA SUBCUTÁNEA, previa glucometría. Se aumenta la dosis.
- INSULINA CRISTALINA: 4 - 4 - 4 unidades, VÍA SUBCUTÁNEA, preprandiales.
- Educación al paciente y acompañante de todo lo relacionado con el manejo de la Insulina.
- Vigilar signos de hipoglucemia.
- Glucometrias preprandiales y pm
- Control de líquidos administrados y eliminados.
- Control de signos vitales cada 8 horas.
- Informar cambios.
- pendiente cultivos de secreciones de muslo izquierdo

Medicamentos

Código	Descripción	Cantidad
B05CB01050	CLORURO DE SODIO AL 0.9% SOLUCION INYECTABLE 500 ml	2
0	dilución de medicamentos	
A02BO00210	OMEPRAZOL 20 mg CAPSULA	1
1	20 mg, VÍA ORAL, cada 24 horas.	
J01FC019701	CLINDAMICINA 600 mg/4 mL SOLUCION INYECTABLE	6
	900 mg, VÍA ENDOVENOSA LENTA, cada 8 horas.	
J01DC011723	CEFTRIAXONA (SAL SODICA) 1 g POLVO ESTERIL PARA INYECCION	2

Profesional: MARIA DEL SOCORRO HENAO ALVEAR

Registro Médico: 192223-99

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 85/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Historia Clínica: 10527165

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Folio: 77

Fecha de Registro: 22/11/2014 12:15:53 p. m.

2 gr, VÍA ENDOVENOSA LENTA, cada 24 horas.

N02AT020701 TRAMADOL CLORHIDRATO 50 mg/mL SOLUCION INYECTABLE 3

50 mg, VÍA ENDOVENOSA LENTA, cada 8 horas.

N02BA00140 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 3
0

500 mg, VÍA ORAL, cada 8 horas, junto con el tramadol.

B01AB067020 NADROPARINA CALCICA 3800 UI /0.4 mL SOLUCION INYECTABLE 1

0.4 cc, VÍA SUBCUTÁNEA, cada 24 horas.

A10BM01112 METFORMINA 850 mg TABLETA 2
0

850 mg, VÍA ORAL, con almuerzo y 425 mg VIA ORAL con la comida

Profesional: MARIA DEL SOCORRO HENAO ALVEAR

Registro Médico: 192223-99

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1>Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 86/117

Folio: 78 **Fecha de Registro:** 22/11/2014 12:18:46 p. m. **N° de Historia Clínica:** 10527165
Nombre: HENRY POLINDARA **N° de Ingreso:** 709573
Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Datos Personales

Nombre Paciente: HENRY POLINDARA **Identificación:** 10527165 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 10/mayo/1953 **Edad Actual:** 68 Años \ 10 Meses \ 14 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: CALLE 4 41 07 **Teléfono:** 3154530825
Procedencia: POPAYAN **Ocupación:** TERCERA EDAD

Datos de Afiliación

Régimen: Contributivo **Nivel - Estrato:** NIVEL DOS
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S

Datos del Ingreso

FOLIO N° 78

(Fecha: 22/11/2014 12:18 p. m.)

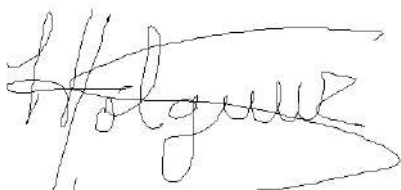
Responsable: INGRESA SOLO INGRESA SOLO INGRESA SOLO **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: INGRESA SOLO **Fecha Ingreso:** 15/11/2014 1:46:51 p. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General
Nombre del Padre: NO DATO **Nombre de la Madre:** ALEJANDRINA

Antecedentes

Médicos	DBT	12/11/2014 12:00:59 p. m.
Quirúrgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:35 p. m.
Alérgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:55 p. m.
Farmacológicos	GLICOAVANCE 1 TAB DIA	12/11/2014 12:02:04 p. m.
Familiares	NIEGA	12/11/2014 12:02:29 p. m.
Médicos	DM TIPO II	15/11/2014 3:06:31 p. m.
Tóxicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:41 p. m.
Alérgicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:47 p. m.
Farmacológicos	LO REIERIDO	15/11/2014 3:06:52 p. m.
Familiares	NIEGA	15/11/2014 3:07:03 p. m.

Signos Vitales

TA: 120 / 70 **FC:** 62 **FR:** 18 **T°:** 36,0 **Peso?** No
Saturometría: No **Glucometría:** No **Paciente con Dolor ?** Si **E.A.D:** 3



Profesional: HOLGUIN PRIETO VICTOR ADOLFO

Registro Médico: 19-06010-13

Especialidad: MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1 style="text-align: center;">Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14
		HC005
		PAGINA: 87/117

Folio: 78 Fecha de Registro: 22/11/2014 12:18:46 p. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Subjetiva

MEDICINA INTERNA

REFIERE SENTIRSE MEJOR. MANTIENE DOLOR EN ZONA AFECTADA, PERO DE MENOS INTENSIDAD. DIURESIS NORMAL.

ID

1. MIOSITIS ABSCEDADA

2. DIABETES MELLITUS TIPO 2

EL PACIENTE REFIERE SENTIRSE EN MEJORES CONDICIONES, DISMINUCION DE DOLOR

Objetiva

MEJOR ESTADO GENERAL, HIDRATADA

MUCOSAS HUMEDAS Y NORMOCOLOREADAS

PULMONES: MV CONSERVADO, NO SE AUSCULTAN CREPITANTES.

CORAZON: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, BUENA INTENSIDAD, NO SOPLOS.

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION

PERITONEAL. PERISTALTISMO NORMAL.

EXTREMIDADES: HERIDA QUIRURGICA EN MUSLO IZQUIERDO CUBIERTA, PULSOS PERIFERICOS

PRESENTES Y SIMETRICOS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS

SNC: ALERTA, ORIENTADO, SIN DEFICIT APARENTE MOTOR NI SENSITIVO, NO FOCALIZADO, NO SIGNOS MENINGEOS

Analisis

EVOLUCION CLINICA ESTABLE. NIEGA NUEVA SINTOMATOLOGIA. ESTA PENDIENTE INFORME DE CULTIVO. SE MANTIENE IGUAL MANEJO ANTIMICROBIANO. 7° DIA DE MANEJO CON CLINDAMICINA Y 8° CON CEFTRIAXONE. RESULTADOS DE GLUCOMETRIA: AM 137, PM 171. SE REAJUSTA MANEJO PARA LA DIABETES.

NO SIGNOS DE SRIS.

Plan

-CLINDAMICINA 7/14 DIAS

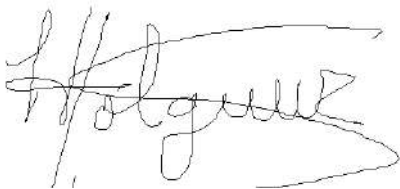
-CEFTRIAXONE 8/14 DIAS

-INSULINA LANTUS 8 U SC CADA 24 H

-METFORMINA 850 MG: ADMINISTRAR 1 TAB EN ALMUERZO Y MEDIA EN COMIDA VO

RESTO DEL MANEJO SIN CAMBIO

Diagnostico

L024 ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE MIEMBRO ☒ PrincipalM600 MIOSITIS INFECCIOSA ☐ Principal

Profesional: HOLGUIN PRIETO VICTOR ADOLFO**Registro Médico:** 19-06010-13**Especialidad:** MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h2>Historia Clínica - Evolución Especializada</h2>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005 <hr/> PAGINA: 88/117
---	---	--

Folio: 78 Fecha de Registro: 22/11/2014 12:18:46 p. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

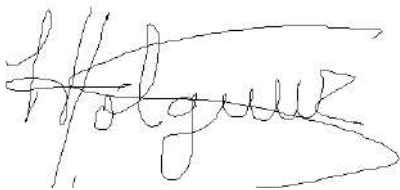
Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

E118 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES ☐ Principal
NO ESPECIFICADAS

Z489 CUIDADO POSTERIOR A LA CIRUGIA, NO ESPECIFICADO ☐ Principal

Indicaciones Médicas

-CLINDAMICINA 7/14 DIAS
-CEFTRIAXONE 8/14 DIAS
-INSULINA LANTUS 8 U SC CADA 24 H
-METFORMINA 850 MG: ADMINISTRAR 1 TAB EN ALMUERZO Y MEDIA EN COMIDA VO
RESTO DEL MANEJO SIN CAMBIO


Profesional: HOLGUIN PRIETO VICTOR ADOLFO**Registro Médico:** 19-06010-13**Especialidad:** MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 89/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Historia Clínica: 10527165

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Folio: 79

Fecha de Registro: 22/11/2014 3:25:21 p. m.

Historia Clínica Evolución

REPORTE DE PARACLINICOS

HEMOCULTIVOS REPORTE FINAL: 2 HEMOCULTIVOS NEGATIVOS AL 5 DIA DE INCUBACIÓN

GRAM DE SECRECIÓN DE MUSLO: REACCION LEUCOCITARIA ABUNDANTE

COCOS GRAM POSITIVOS MODERADOS

HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSIS NI NEUTROFILIA - Hb NORMAL -PLAQUETAS NORMALES

PCR PROTEINA C REACTIVA Resul: 10.52 Unid: mg/L POSITIVA NO SIGNIFICATIVA

VSG WESTERGREEN Resul: 22 Unid: mm/H ELEVADA

PT TIEMPO DE PROTROMBINA Resul: 12.7 Unid: Segundos NORMAL

PTT TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA Resul: 29.4 Unid: Segundos NORMAL

Diagnóstico

E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/> Principal
Z489	CUIDADO POSTERIOR A LA CIRUGIA, NO ESPECIFICADO	<input type="checkbox"/> Principal
L023	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE GLUTEOS	<input checked="" type="checkbox"/> Principal

Indicación Médica

IGUAL MANEJO

Profesional: MARIA DEL SOCORRO HENAO ALVEAR

Registro Médico: 192223-99

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1>Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 90/117

Folio: 82 Fecha de Registro: 23/11/2014 9:58:25 a. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Datos Personales

Nombre Paciente: HENRY POLINDARA **Identificación:** 10527165 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 10/mayo/1953 **Edad Actual:** 68 Años \ 10 Meses \ 14 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: CALLE 4 41 07 **Teléfono:** 3154530825
Procedencia: POPAYAN **Ocupación:** TERCERA EDAD

Datos de Afiliación

Régimen: Contributivo **Nivel - Estrato:** NIVEL DOS
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S

Datos del Ingreso

FOLIO N° 82

(Fecha: 23/11/2014 09:58 a. m.)

Responsable: INGRESA SOLO INGRESA SOLO INGRESA SOLO **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: INGRESA SOLO **Fecha Ingreso:** 15/11/2014 1:46:51 p. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General
Nombre del Padre: NO DATO **Nombre de la Madre:** ALEJANDRINA

Antecedentes

Médicos	DBT	12/11/2014 12:00:59 p. m.
Quirúrgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:35 p. m.
Alérgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:55 p. m.
Farmacológicos	GLICOAVANCE 1 TAB DIA	12/11/2014 12:02:04 p. m.
Familiares	NIEGA	12/11/2014 12:02:29 p. m.
Médicos	DM TIPO II	15/11/2014 3:06:31 p. m.
Tóxicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:41 p. m.
Alérgicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:47 p. m.
Farmacológicos	LO REIERIDO	15/11/2014 3:06:52 p. m.
Familiares	NIEGA	15/11/2014 3:07:03 p. m.

Signos Vitales

TA: 110 / 80 FC: 60 FR: 14 T°: 0,0 Peso? No
 Satirometría: No Glucometría: No Paciente con Dolor ? No


Profesional: CONCHA SANDOVAL JUAN MANUEL**Registro Médico:** RM 1241-88**Especialidad:** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h2 style="text-align: center;">Historia Clínica - Evolución Especializada</h2>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 91/117

Folio: 82 Fecha de Registro: 23/11/2014 9:58:25 a. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Subjetiva

PACIENTE EN PO DE DRENAJE DE ABSCESO EN MUSLO. DIABETICO

Objetiva

HERIDA LIMPIA. LOS SIGNOS INFLAMATORIOS Y EL DOLOR HAN CEDIDO NOTORIAMENTE

Analisis

EVOLCION FAVORABLE

PlanALTA POR ORTOPEDIA. COMPLETAR ANTIBIOTICO ORAL UNA SEMANA MAS
CITA DE CONTROL CONSULTA EXTERNA CON DR PORTELA**Diagnostico**

E105	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
------	---	---

Indicaciones Médicas

Profesional: CONCHA SANDOVAL JUAN MANUEL**Registro Médico:** RM 1241-88**Especialidad:** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1 style="text-align: center;">Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 92/117

Folio: 83 **Fecha de Registro:** 23/11/2014 10:44:08 a. m. **N° de Historia Clínica:** 10527165
Nombre: HENRY POLINDARA **N° de Ingreso:** 709573
Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Datos Personales

Nombre Paciente: HENRY POLINDARA **Identificación:** 10527165 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 10/mayo/1953 **Edad Actual:** 68 Años \ 10 Meses \ 14 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: CALLE 4 41 07 **Teléfono:** 3154530825
Procedencia: POPAYAN **Ocupación:** TERCERA EDAD

Datos de Afiliación

Régimen: Contributivo **Nivel - Estrato:** NIVEL DOS
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S

Datos del Ingreso

FOLIO N° 83
(Fecha: 23/11/2014 10:44 a. m.)

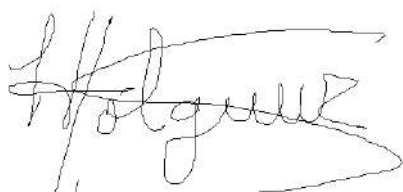
Responsable: INGRESA SOLO INGRESA SOLO INGRESA SOLO **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: INGRESA SOLO **Fecha Ingreso:** 15/11/2014 1:46:51 p. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General
Nombre del Padre: NO DATO **Nombre de la Madre:** ALEJANDRINA

Antecedentes

Médicos	DBT	12/11/2014 12:00:59 p. m.
Quirúrgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:35 p. m.
Alérgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:55 p. m.
Farmacológicos	GLICOAVANCE 1 TAB DIA	12/11/2014 12:02:04 p. m.
Familiares	NIEGA	12/11/2014 12:02:29 p. m.
Médicos	DM TIPO II	15/11/2014 3:06:31 p. m.
Tóxicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:41 p. m.
Alérgicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:47 p. m.
Farmacológicos	LO REIERIDO	15/11/2014 3:06:52 p. m.
Familiares	NIEGA	15/11/2014 3:07:03 p. m.

Signos Vitales

TA: 120 / 70 **FC:** 77 **FR:** 20 **T°:** 36,0 **Peso?** No
Saturometría: No **Glucometría:** Si 126 **Paciente con Dolor ?** Si **E.A.D:** 3


Profesional: HOLGUIN PRIETO VICTOR ADOLFO

Registro Médico: 19-06010-13

Especialidad: MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1 style="text-align: center;">Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14
		HC005
		PAGINA: 93/117

Folio: 83 Fecha de Registro: 23/11/2014 10:44:08 a. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Subjetiva

MEDICINA INTERNA

REFIERE SENTIRSE MEJOR. EL DOLOR HA DISMINUIDO EN INTENSIDAD, DIURESIS NORMAL. NIEGA NUEVA SINTOMATOLOGIA.

ID

1. MIOSITIS ABSCEDADA

2. DIABETES MELLITUS TIPO 2

Objetiva

MEJOR ESTADO GENERAL, HIDRATADA

MUCOSAS HUMEDAS Y NORMOCOLOREADAS

PULMONES: MV CONSERVADO, NO SE AUSCULTAN CREPITANTES.

CORAZON: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, BUENA INTENSIDAD, NO SOPLOS.

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION

PERITONEAL. PERISTALTISMO NORMAL.

EXTREMIDADES: HERIDA QUIRURGICA EN MUSLO IZQUIERDO CUBIERTA, SE DESTAPA, SE APRECIA LIBRE DE SIGNOS INFLAMATORIOS, NO SECRECION NI SANGRADO. PULSOS PERIFERICOS PRESENTES Y SIMETRICOS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS

SNC: ALERTA, ORIENTADO, SIN DEFICIT APARENTE MOTOR NI SENSITIVO, NO FOCALIZADO, NO SIGNOS MENINGEOS

Analisis

EVOLUCION CLINICA FAVORABLE. NIEGA NUEVA SINTOMATOLOGIA. ESTA PENDIENTE INFORME DE CULTIVO. SE MANTIENE IGUAL MANEJO ANTIMICROBIANO.

RESULTADOS DE GLUCOMETRIA: AM 126, PM 129. SE REAJUSTA MANEJO PARA LA DIABETES. SE SUSPENDE ADMINISTRACION DE INSULINA CRISTALINA. AUMENTO DOSIS DE LANTUS Y DE METFORMINA. NO SIGNOS DE SRIS.

Plan

-SUSPENDER INSULINA CRISTALINA

-INSULINA LANTUS 10 U SC CADA 24 H

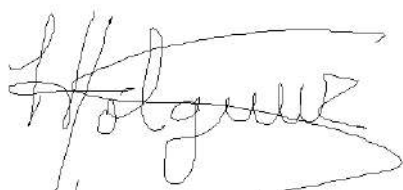
-METFORMINA 850 MG, ADMINISTRACION AL FINAL DE LAS COMIDAS: 1/2 TAB - 1 TAB - 1/2 TAB VO

-GLUCOMETRIA PREPRADIAL Y 22 H

RESTO DEL MANEJO SIN CAMBIO

Diagnostico

L031	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/> Principal


Profesional: HOLGUIN PRIETO VICTOR ADOLFO**Registro Médico:** 19-06010-13**Especialidad:** MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1>Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005 <hr/> PAGINA: 94/117
---	---	--

Folio: 83 Fecha de Registro: 23/11/2014 10:44:08 a. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

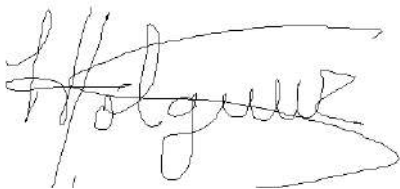
M600

MIOSITIS INFECCIOSA

☐ Principal

Indicaciones Médicas

-SUSPENDER INSULINA CRISTALINA
 -INSULINA LANTUS 10 U SC CADA 24 H
 -METFORMINA 850 MG, ADMINISTRACION AL FINAL DE LAS COMIDAS: 1/2 TAB - 1 TAB - 1/2 TAB VO
 -GLUCOMETRIA PREPRADIAL Y 22 H
 RESTO DEL MANEJO SIN CAMBIO


Profesional: HOLGUIN PRIETO VICTOR ADOLFO**Registro Médico:** 19-06010-13**Especialidad:** MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 95/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Fecha de Registro: 23/11/2014 11:34:19 a. m.

Historia Clínica: 10527165

Ingreso: 709573

Folio: 84

Historia Clínica Evolución

- En manejo por las Especialidades de Medicina Interna y Traumatología.

- Formulación:

Diagnóstico

M600	MIOSITIS INFECCIOSA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
	- De muslo izquierdo + Drenaje.	
E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/> Principal
	- Insulino-requiriente.	

Indicación Médica

- Valorado por Internista, Doctor JUAN M. CONCHA S y por Internista, Doctor VICTOR A. HOLGUIN P. ---
- Dieta hipoglúcida.
 - Cuidados del sello de heparina.
 - Acompañante permanente.
 - Deambulacion.
 - En reposo cabecera levantada a 45° en cama con barandas en alto.
 - Vigilar signos de dificultad respiratoria y/o dolor torácico.
 - Cuidados de HERIDA y vigilar SIGNOS INFLAMATORIOS de muslo izquierdo.
 - Miembro inferior izquierdo eelvado a 30°.
 - INSULINA NPH: Ordena aumentar a 10 - 0 unidades, VÍA SUBCUTÁNEA, previa glucometría.
 - Continuar con glucometrías preprandiales y en la ncohe.
 - Educación al paciente y acompañante de todo lo relacionado con el manejo de la Insulina.
 - Vigilar signos de hipoglucemia.
 - Ordena glucometría solo en ayunas.
 - Control de líquidos administrados y eliminados.
 - Control de signos vitales cada 8 horas.
 - Informar cambios.
 - Pendiente resultado de gram y cultivos de absceso de muslo izquierdo.
 - Traumatología da de alta por esta Especialidad.
 - Internista ordena suspender insulina cristalina, aumentar metformina; resto igual.

Medicamentos

Código	Descripción	Cantidad
A02BO00210	OMEPRAZOL 20 mg CAPSULA	1
1	20 mg, VÍA ORAL, cada 24 horas.	
B05CB01050	CLORURO DE SODIO AL 0.9% SOLUCION INYECTABLE 500 ml	2
0	- Para dilución de medicamentos.	

Profesional: CESAR AUGUSTO ORDOÑEZ CAMPO

Registro Médico: 12851/87

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 96/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Historia Clínica: 10527165

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Folio: 84

Fecha de Registro: 23/11/2014 11:34:19 a. m.

J01FC019701 CLINDAMICINA 600 mg/4 mL SOLUCION INYECTABLE 6
900 mg, VÍA ENDOVENOSA LENTA, cada 8 horas.

J01DC011723 CEFTRIAXONA (SAL SODICA) 1 g POLVO ESTERIL PARA INYECCION 4
2 gr, VÍA ENDOVENOSA LENTA, cada 24 horas, a las 8 am.

N02AT020701 TRAMADOL CLORHIDRATO 50 mg/mL SOLUCION INYECTABLE 3
50 mg, VÍA ENDOVENOSA LENTA, cada 8 horas.

N02BA00140 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 3
0 500 mg, VÍA ORAL, cada 8 horas, junto con el tramadol.

B01AB067020 NADROPARINA CALCICA 3800 UI /0.4 mL SOLUCION INYECTABLE 1
3800 UI, VÍA SUBCUTÁNEA, cada 24 horas.

A10BM01112 METFORMINA 850 mg TABLETA 3
0

AUMENTAR a 425 mg con desayuno y cena y 850 mg, VÍA ORAL, con almuerzo (1/2 - 1 - 1/2)

Profesional: CESAR AUGUSTO ORDOÑEZ CAMPO

Registro Médico: 12851/87

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 97/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Fecha de Registro: 24/11/2014 11:04:27 a. m.

Historia Clínica: 10527165

Ingreso: 709573

Folio: 87

Historia Clínica Evolución

- En manejo por la Especialidad de Medicina Interna.

- Formulación:

Diagnóstico

M600	MIOSITIS INFECCIOSA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
	- De muslo izquierdo + Drenaje.	
E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/> Principal
	- Insulino-requiriente.	

Indicación Médica

- - - Valorado por Internista, Doctor FELIPE MEJIA S. - - -
- Dieta hipoglúcida.
- Cuidados del sello de heparina.
- Acompañante permanente.
- Deambulacion.
- En reposo cabecera levantada a 45° en cama con barandas en alto.
- Vigilar signos de dificultad respiratoria y/o dolor torácico.
- Cuidados de HERIDA y vigilar SIGNOS INFLAMATORIOS de muslo izquierdo.
- Miembro inferior izquierdo elevado a 30°.
- INSULINA LANTUS: 10 - 0 unidades, VÍA SUBCUTÁNEA, previa glucometría.
- Continuar con glucometrías preprandiales y en la noche.
- Educación al paciente y acompañante de todo lo relacionado con el manejo de la Insulina.
- Vigilar signos de hipoglucemia.
- Control de líquidos administrados y eliminados.
- Control de signos vitales cada 8 horas.
- Informar cambios.
- Pendiente resultado de gram y cultivos de absceso de muslo izquierdo.
- Ordena igual manejo.

Medicamentos

Código	Descripción	Cantidad
A02BO0210	OMEPRAZOL 20 mg CAPSULA	1
1	20 mg, VÍA ORAL, cada 24 horas.	
B05CB01050	CLORURO DE SODIO AL 0.9% SOLUCION INYECTABLE 500 ml	2
0	- Para dilución de medicamentos.	
J01FC019701	CLINDAMICINA 600 mg/4 mL SOLUCION INYECTABLE	6
	900 mg, VÍA ENDOVENOSA LENTA, cada 8 horas.	

Profesional: CESAR AUGUSTO ORDOÑEZ CAMPO

Registro Médico: 12851/87

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 98/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Historia Clínica: 10527165

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Folio: 87

Fecha de Registro: 24/11/2014 11:04:27 a. m.

J01DC011723 CEFTRIAXONA (SAL SODICA) 1 g POLVO ESTERIL PARA INYECCION	2
2 gr, VÍA ENDOVENOSA LENTA, cada 24 horas.	
N02AT020701 TRAMADOL CLORHIDRATO 50 mg/mL SOLUCION INYECTABLE	3
DISMINUIR a 25 mg, VÍA ENDOVENOSA LENTA, cada 8 horas.	
N02BA00140 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA	3
0	
500 mg, VÍA ORAL, cada 8 horas, junto con el tramadol.	
B01AB067020 NADROPARINA CALCICA 3800 UI /0.4 mL SOLUCION INYECTABLE	1
3800 UI, VÍA SUBCUTÁNEA, cada 24 horas.	
A10BM01112 METFORMINA 850 mg TABLETA	3
0	
425 mg con desayuno y cena y 850 mg, VÍA ORAL, con almuerzo (1/2 - 1 - 1/2)	

Profesional: CESAR AUGUSTO ORDOÑEZ CAMPO

Registro Médico: 12851/87

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1 style="text-align: center;">Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 99/117

Folio: 88 **Fecha de Registro:** 24/11/2014 12:42:51 p. m. **N° de Historia Clínica:** 10527165
Nombre: HENRY POLINDARA **N° de Ingreso:** 709573
Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Datos Personales

Nombre Paciente: HENRY POLINDARA **Identificación:** 10527165 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 10/mayo/1953 **Edad Actual:** 68 Años \ 10 Meses \ 14 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: CALLE 4 41 07 **Teléfono:** 3154530825
Procedencia: POPAYAN **Ocupación:** TERCERA EDAD

Datos de Afiliación

Régimen: Contributivo **Nivel - Estrato:** NIVEL DOS
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S

Datos del Ingreso

FOLIO N° 88
(Fecha: 24/11/2014 12:42 p. m.)

Responsable: INGRESA SOLO INGRESA SOLO INGRESA SOLO **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: INGRESA SOLO **Fecha Ingreso:** 15/11/2014 1:46:51 p. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General
Nombre del Padre: NO DATO **Nombre de la Madre:** ALEJANDRINA

Antecedentes

Médicos	DBT	12/11/2014 12:00:59 p. m.
Quirúrgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:35 p. m.
Alérgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:55 p. m.
Farmacológicos	GLICOAVANCE 1 TAB DIA	12/11/2014 12:02:04 p. m.
Familiares	NIEGA	12/11/2014 12:02:29 p. m.
Médicos	DM TIPO II	15/11/2014 3:06:31 p. m.
Tóxicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:41 p. m.
Alérgicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:47 p. m.
Farmacológicos	LO REIERIDO	15/11/2014 3:06:52 p. m.
Familiares	NIEGA	15/11/2014 3:07:03 p. m.

Signos Vitales

TA: 110 / 70 **FC:** 70 **FR:** 18 **T°:** 36,0 **Peso?** No
Saturometría: No **Glucometría:** No **Paciente con Dolor ?** No

m e r i a l

Profesional: MEJIA SANTANDER HERNAN FELIPE

Registro Médico: RM 774

Especialidad: MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1 style="text-align: center;">Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 100/11

Folio: 88 Fecha de Registro: 24/11/2014 12:42:51 p. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Subjetiva

MEDICINA INTERNA
 PACIENTE MASCULINO DE 61 AÑOS
 CON DXS DE:

1. MIOSITIS ABSCEDADA MUSLO IZQUIERDO
2. DIABETES MELLITUS TIPO 2

DISMINUCION DEL DOLRO, DEAMBULA, TOLERA LA VI A ORAL
 GLUCOMETRIA 116 MG/DL

Objetiva

BUEN ESTADO GENERAL
 MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS
 RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS
 RUIDOS RESPIRATORIOS SIN SOBREGREGADOS
 ABDOMEN BLANDO, PERISTALTISMO +, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO DOLOR
 EXTREMIDADES CON HERIDA LIMPIA EN MUSLO IZQUIERDO, LEVE DOLRO A LA PALPACION, NO ERITEA NI CALOR
 SNC: CONCIENTE, ORIENTADO, SIN DEFICIT MOTOR

Analisis

PACIENTE RECIBIENDO MANEJO CON CLINDAMICINA Y CEFTRIAXONA HOY DIA 10 DE 14, EN ESPERA DE REPORTE DE CULTIVO, EVOLUCION SATISFACTORIA, ADECUADO CONTROL METABOLICO, SE CONTINUA EL MANEJO INSTAURADO

Plan

SE CONTINUA TRATAMIENTO MEDICO INSTAURADO
 PENDIENTE REPORTE DE CULTIVO

Diagnostico

L031	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	<input type="checkbox"/> Principal
L024	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE MIEMBRO	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	<input type="checkbox"/> Principal
Z489	CUIDADO POSTERIOR A LA CIRUGIA, NO ESPECIFICADO	<input type="checkbox"/> Principal


Profesional: MEJIA SANTANDER HERNAN FELIPE**Registro Médico:** RM 774**Especialidad:** MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1>Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005 <hr/> PAGINA: 101/11
---	---	--

Folio: 88 Fecha de Registro: 24/11/2014 12:42:51 p. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Indicaciones Médicas

SE CONTINUA TRATAMIENTO MEDICO INSTAURADO
PENDIENTE REPORTE DE CULTIVO


Profesional: MEJIA SANTANDER HERNAN FELIPE**Registro Médico:** RM 774**Especialidad:** MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 102/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Fecha de Registro: 24/11/2014 7:19:51 p. m.

Historia Clínica: 10527165

Ingreso: 709573

Folio: 91

Historia Clínica Evolución

* Llegó reporte de CULTIVO de absceso de muslo izquierdo: Estafilococo Aureus mulitsensible, incluyendo a la clindamicina. Se continua con ceftriaxona para cubrir gram negativos.

Diagnóstico

M600

MIOSITIS INFECCIOSA

☒ Principal

- De muslo izquierdo por Estafilococo Aureus + Drenaje.

Indicación Médica

- Igual manejo.

Profesional: CESAR AUGUSTO ORDOÑEZ CAMPO

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

Registro Médico: 12851/87



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 103/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA
Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.
Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS
Fecha de Registro: 25/11/2014 1:00:55 p. m.

Historia Clínica: 10527165
Ingreso: 709573
Folio: 93

Historia Clínica Evolución

FORMULACION:

Diagnóstico

M600	MIOSITIS INFECCIOSA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/> Principal

Indicación Médica

- Dieta hipoglúcida.
- Cuidados del sello de heparina.
- Acompañante permanente.
- Deambulacion.
- En reposo cabecera levantada a 45° en cama con barandas en alto.
- Vigilar signos de dificultad respiratoria y/o dolor torácico.
- Cuidados de HERIDA y vigilar SIGNOS INFLAMATORIOS de muslo izquierdo.
- Miembro inferior izquierdo elevado a 30°.
- INSULINA LANTUS: 10 - 0 unidades, VÍA SUBCUTÁNEA, previa glucometría.
- Continuar con glucometrías solo en ayunas y en la noche .
- Educación al paciente y acompañante de todo lo relacionado con el manejo de la Insulina.
- Vigilar signos de hipoglucemia.
- Control de líquidos administrados y eliminados.
- Control de signos vitales cada 8 horas.
- Informar cambios.
- Pendiente resultado de gram y cultivos de absceso de muslo izquierdo.

Medicamentos

Código	Descripción	Cantidad
A02BO00210	OMEPRAZOL 20 mg CAPSULA	1
1	20 mg, VÍA ORAL, cada 24 horas.	
J01FC019701	CLINDAMICINA 600 mg/4 mL SOLUCION INYECTABLE	6
	900 mg, VÍA ENDOVENOSA LENTA, cada 8 horas.	
J01DC011723	CEFTRIAXONA (SAL SODICA) 1 g POLVO ESTERIL PARA INYECCION	2
	2 gr, VÍA ENDOVENOSA LENTA, cada 24 horas.	
B01AB067020	NADROPARINA CALCICA 3800 UI /0.4 mL SOLUCION INYECTABLE	1
	3800 UI, VÍA SUBCUTÁNEA, cada 24 horas.	
N02BA00140	ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA	3
0	500 mg, VÍA ORAL, cada 8 horas, junto con el tramadol.	

Profesional: ADAMARIS PLAZA GUAMPE

Registro Médico: 190367

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 104/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Historia Clínica: 10527165

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Folio: 93

Fecha de Registro: 25/11/2014 1:00:55 p. m.

N02AT020701 TRAMADOL CLORHIDRATO 50 mg/mL SOLUCION INYECTABLE 3
 DISMINUIR a 25 mg, VÍA ENDOVENOSA LENTA, cada 8 horas.

A10BM01112 METFORMINA 850 mg TABLETA 3
 0

425 mg con desayuno y cena y 850 mg, VÍA ORAL, con almuerzo (1/2 - 1 - 1/2)

B05CB01050 CLORURO DE SODIO AL 0.9% SOLUCION INYECTABLE 500 ml 2
 0

- Para dilución de medicamentos.

Profesional: ADAMARIS PLAZA GUAMPE

Registro Médico: 190367

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1>Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 105/11

Folio: 94 Fecha de Registro: 25/11/2014 1:16:12 p. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Datos Personales

Nombre Paciente: HENRY POLINDARA **Identificación:** 10527165 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 10/mayo/1953 **Edad Actual:** 68 Años \ 10 Meses \ 14 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: CALLE 4 41 07 **Teléfono:** 3154530825
Procedencia: POPAYAN **Ocupación:** TERCERA EDAD

Datos de Afiliación

Régimen: Contributivo **Nivel - Estrato:** NIVEL DOS
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S

Datos del Ingreso

FOLIO N° 94

(Fecha: 25/11/2014 01:16 p. m.)

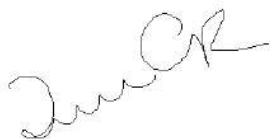
Responsable: INGRESA SOLO INGRESA SOLO INGRESA SOLO **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: INGRESA SOLO **Fecha Ingreso:** 15/11/2014 1:46:51 p. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General
Nombre del Padre: NO DATO **Nombre de la Madre:** ALEJANDRINA

Antecedentes

Médicos	DBT	12/11/2014 12:00:59 p. m.
Quirúrgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:35 p. m.
Alérgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:55 p. m.
Farmacológicos	GLICOAVANCE 1 TAB DIA	12/11/2014 12:02:04 p. m.
Familiares	NIEGA	12/11/2014 12:02:29 p. m.
Médicos	DM TIPO II	15/11/2014 3:06:31 p. m.
Tóxicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:41 p. m.
Alérgicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:47 p. m.
Farmacológicos	LO REIERIDO	15/11/2014 3:06:52 p. m.
Familiares	NIEGA	15/11/2014 3:07:03 p. m.

Signos Vitales

TA: 130 / 70 FC: 74 FR: 96 T°: 36,0 Peso? No
 Satirometría: No Glucometría: No Paciente con Dolor ? No


Profesional: AGREDO REYES DIANA KARINA**Registro Médico:** 883566-10**Especialidad:** MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h1 style="text-align: center;">Historia Clínica - Evolución Especializada</h1>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 106/11

Folio: 94 **Fecha de Registro:** 25/11/2014 1:16:12 p. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Subjetiva

MEDICINA INTERNA

MEDICINA INTERNA
 PACIENTE MASCULINO DE 61 AÑOS
 CON DXS DE:

1. MIOSITIS ABSCEDADA MUSLO IZQUIERDO
 ** p / CULTIVOS.
2. DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADA

EVENTOS

- GLICEMIA AYUNOS 113 MG/DL. POSPRANDIAL > 180MG/DL.

Objetiva

BUEN ESTADO GENERAL
 MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS
 RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS
 RUIDOS RESPIRATORIOS SIN SOBREGREGADOS
 ABDOMEN BLANDO, PERISTALTISMO +, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO DOLOR
 EXTREMIDADES CON HERIDA LIMPIA EN MUSLO IZQUIERDO, LEVE DOLOR A LA PALPACION, CON
 INDUCRACION, SIN SIGNOS INFLAMATORIOS.
 SNC: CONCIENTE, ORIENTADO, SIN DEFICIT MOTOR

Análisis

PACIENTE CON 10 DIAS DE TERAPIA ANTIMICROBIANA, EVOLUCION ADECUADA, LLEVADO A DRENAJE QUIRURGICO.


CULTIVO

- Estafilococo Aureus METICILINO - SENSIBLE.
- Sensible a Cefazolina, Clindamicina, Eritromicina, Gentamicina, Levofloxacin, Linezolid, Oxacilina, Rifampicina, Tetraciclina, Trimetoprim-sulfa y Vancomicina.
- Resistente a Penicilina G.

PACIENTE QUIEN HA COMPLETADO HOY 10 DIAS DE TERAPIA ANTIMICROBINA, CON ULTIMOS MARCADORES DE INFECCION NEGATIVOS. CONSIDERAR OCOMPLETAR HOY 10 DIA DE TERAPIA CON CLINDAMICINA Y EGRESO MAÑANA CON CONTROLES POR CONSULTA EXTERNA, DADO SU AISLAMIENTO DE S. AUREUS METICILINO SENSIBLE NO REQUIERE EXTENDER LA TERAPIA, CONTINUAR CONTROLES POR CONSULTA EXTERNA.

Plan

OMITIR CEFTRIAJONA


Profesional: AGREDO REYES DIANA KARINA

Registro Médico: 883566-10

Especialidad: MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

	<h2 style="text-align: center;">Historia Clínica - Evolución Especializada</h2>	SLV-GC-03-F01-V14 HC005
		PAGINA: 107/11

Folio: 94 Fecha de Registro: 25/11/2014 1:16:12 p. m.

N° de Historia Clínica: 10527165

Nombre: HENRY POLINDARA

N° de Ingreso: 709573

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

COMPELTAR 10 DIAS DE CLINDAMICINA (HOY ULTIMO DIA).

CONTROLES POR CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA EN 15 DIAS CON HEMOGRAMA, PCR, CR, GLICEMIA.

INSULINA LANTUS 10 U SC CADA 24 HORAS

METFORMINA IGUAL

ACETAMINOFEN 500MG VO SEGUN DOLOR

Diagnostico

L023	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE GLUTEOS	<input type="checkbox"/> Principal
L031	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	<input type="checkbox"/> Principal
E105	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS	<input type="checkbox"/> Principal
M600	MIOSITIS INFECCIOSA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal

Indicaciones Médicas

OMITIR CEFTRIAXONA


COMPELTAR 10 DIAS DE CLINDAMICINA (HOY ULTIMO DIA).

CONTROLES POR CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA EN 15 DIAS CON HEMOGRAMA, PCR, CR, GLICEMIA.

INSULINA LANTUS 10 U SC CADA 24 HORAS

METFORMINA IGUAL

ACETAMINOFEN 500MG VO SEGUN DOLOR


Profesional: AGREDO REYES DIANA KARINA**Registro Médico:** 883566-10**Especialidad:** MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Evolución Final para el Egreso del Paciente

SLV-GC—03-F13-V14

HC0023

PAGINA: 108/117

Nº de Historia Clínica: 10527165

Ingreso: 709573

Folio: 97

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Fecha de Registro: 26/11/2014 11:45:08 a. m.

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Signos Vitales

TA: 120 / 80

FC: 80

FR: 20

T° 37,0

Glucometria: No

Saturometria: No

Evolución

Subjetivo:

PACIENTE DE 61 AÑOS DE EDAD CON DX:

MIOSITIS MUSLO
DBT TIPO 2

ASINTOMATICO, TRANQUILO Y SONRIENTE

Objetivo:

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN DOLOR, CORAZON RITMICO, NO SOPLOS, PULMONES CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN SOBREGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, NO DOLOR, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PERISTALTISMO +, NO EDEMAS, PULSOS ++, AREA DE INDURACION SIN SX INFLAMATORIOS EN MUSLO, NO DOLOR, ALERTA, ORIENTADO, NO FOCALIZADO, NO SX MENINGEOS, GLASGOW 15/15

Análisis:

COMPLETO YA ESQUEMA AB PROPUESTO Y LA EVOLUCION ES FAVORABLE, SE DA SALIDA CON PLAN DE MANEJO Y SEGUIMIENTO. SE EXPLICA TODO AL PACIENTE.

Plan:

SALIDA
RECOMENDACIONES GENERALES
SE ENSEÑAN SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR POR URGENCIAS
CITA DE CONTROL POR CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL EN 1 SEMANA
OMEPRAZOL, LANTUS, METFORMINA IGUALES
RECOMENDACIONES GENERALES, NUTRICIONALES Y DE HABITOS DE VIDA
CITA DE CONTROL POR CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA EN CON GLUCEMIA EN AYUNAS, PERFIL LIPIDICO
INSTRUCCION SOBRE USO DE INSULINAS AL PACIENTE Y SU FAMILIA
SE ENSEÑAN SX DE HIPOGLICEMIA

Conciliación Medicamentosa al Egreso

Riesgo Cardiovascular y Metabolico

Cardiovascular:

Metabolico:

Profesional: GONZALEZ DAGUA WILLIAM FERNANDO

Registro Médico: 191471

Especialidad: MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Evolución Final para el Egreso del Paciente

SLV-GC—03-F13-V14

HC0023

PAGINA: 109/117

N° de Historia Clínica: 10527165

Ingreso: 709573

Folio: 97

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Fecha de Registro: 26/11/2014 11:45:08 a. m.

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Diagnostico

L023

ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE GLUTEOS

☒ Principal

Indicación Médica

Seguimiento Pos-Venta

Profesional: GONZALEZ DAGUA WILLIAM FERNANDO**Especialidad:** MEDICINA INTERNA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

Registro Médico: 191471



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 110/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Fecha de Registro: 26/11/2014 12:05:22 p. m.

Historia Clínica: 10527165

Ingreso: 709573

Folio: 98

Historia Clínica Evolución

PACIENTE VALORADO POR INTERNISTA DR GONZALEZ QUE INDICA DAR SALDIA CON MANEJO AMBULATORIO Y CONTROL POR LA CONSULTA EXTERNA.

SE EXPLICA A L PACIENTE CLARAMENTE EL DIAGNOSTICO Y LA CONDUCTA, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS, REFIERE QUE ENTIENDE Y ACEPTA.

Diagnóstico

M600	MIOSITIS INFECCIOSA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
E105	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS	<input type="checkbox"/> Principal
L031	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	<input type="checkbox"/> Principal
L023	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE GLUTEOS	<input type="checkbox"/> Principal
E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/> Principal

Indicación Médica

SALIDA ORDENADA PO R INTERNISTA DR GONZALEZ CON MANEJO AMBULATORIO Y CONTROL POR LA CONSULTA EXTERNA

Medicamentos

Código	Descripción	Cantidad
A10BM01112 0	METFORMINA 850 mg TABLETA TOMAR MEDIA TAB CON DESAYUNO Y CENA Y 1 TAB CON ALMUERZO	30
A02BO00210 1	OMEPRAZOL 20 mg CAPSULA TOMAR 1 TAB EN AYUNAS	30
A10AE040104	INSULINA GLARGINA 36.378 mg EQUIVALENTE 1000 U.I. DE SOLUCION INYECTABLE x 10 mL - LANTUS APLICAR 10 UNIDADES SUBCUTANEAS AL DIA	1

Exámenes

Código	Descripción	Cantidad
19490	GLUCOSA EN SUERO LCR OTROS FLUIDOS	1

Profesional: YENNY CRISTINA GONZALEZ DAGUA

Registro Médico: 630143-12

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clínica Evolución

SLV-GC—03-F06-V14

HC0016

PAGINA: 111/117

Nombre del Paciente: HENRY POLINDARA

Fecha de Ingreso: 15/11/2014 1:46:51 p. m.

Area de Servicio: H ESTANCIA GENERAL ADULTOS

Fecha de Registro: 26/11/2014 12:05:22 p. m.

Historia Clínica: 10527165

Ingreso: 709573

Folio: 98

19940	TRIGLICERIDOS	1
19242	COLESTEROL TOTAL	1
19241	COLESTEROL LDL	1
19237	COLESTEROL HDL	1

Profesional: YENNY CRISTINA GONZALEZ DAGUA**Especialidad:** MEDICINA GENERAL**Registro Médico:** 630143-12

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



Historia Clinica De Consulta Ambulatoria

SLV-GC-03 -F16-V16

HC007

0

PAGINA: 112/11

Folio: 103 Fecha de Registro: 12/12/2014 7:49:17 a. m. Ingreso: 719800

N° Historia Clínica: 10527165

Area de Servicio: CONSULTA EXTERNA - MEDICINA ESPECIALIZADA

24/03/2022 10:59

Datos Personales

Nombre Paciente: HENRY POLINDARA Identificación: 10527165 Sexo: Masculino
Fecha Nacimiento: 10/mayo/1953 Edad Actual: 68 Años \ 10 Meses \ 14 Días Estado Civil: Casado
Dirección: CALLE 4 41 07 Teléfono: 3154530825
Procedencia: POPAYAN Ocupación: TERCERA EDAD

Datos de Afiliación

Régimen: Contributivo
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S Nivel - Estrato: NIVEL DOS

Datos del Ingreso

FOLIO N° 103

(Fecha: 12/12/2014 07:49 a. m.)

Resp. / Acomp: MARIA IDALGO ESPOSA Tel 8380067
Dir Resp/Acom: CL 4 41 07 Resp/Acom:
N° Ingreso: 719800 Fecha: 12/12/2014 7:02:51 a. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica Causa Externa: Enfermedad_General

Antecedentes

Médicos	DBT	12/11/2014 12:00:59 p. m.
Quirúrgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:35 p. m.
Alérgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:55 p. m.
Farmacológicos	GLICOAVANCE 1 TAB DIA	12/11/2014 12:02:04 p. m.
Familiares	NIEGA	12/11/2014 12:02:29 p. m.
Médicos	DM TIPO II	15/11/2014 3:06:31 p. m.
Tóxicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:41 p. m.
Alérgicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:47 p. m.
Farmacológicos	LO REIERIDO	15/11/2014 3:06:52 p. m.
Familiares	NIEGA	15/11/2014 3:07:03 p. m.

Especialidad

Medicina Interna

Signos Vitales

T.A: 120 / 80 F.C: 78 F.R: 14 T°: 37 Peso: 68,00 Talla: 165,00 I.M.C:

Paciente con Dolor? No

Observacion:



Historia Clinica De Consulta Ambulatoria

SLV-GC-03 -F16-V16

HC007

0

PAGINA: 113/11

Folio: 103 Fecha de Registro: 12/12/2014 7:49:17 a. m. Ingreso: 719800

N° Historia Clinica: 10527165

Area de Servicio: CONSULTA EXTERNA - MEDICINA ESPECIALIZADA

24/03/2022 10:59

Tipos de Riesgos

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Reacciones Alergicas al Medicamento |
| <input type="checkbox"/> Flebitis |
| <input type="checkbox"/> Caídas |
| <input type="checkbox"/> Otros |

Motivo de Consulta

CONTROL POSTRATAMIENTO HOSPITALARIO

Enfermedad Actual

PACIENTE HOSPITALIZADO EN ESTA INSTITUCION POR MIOSISTIS INFECCIOSA CELULITIS M INFERIOR IZQUIERDO ABCESO CUTANEO EN GLUTEO Y DIABETES MELLITUS MANIFIESTA MEJORIA DE LOS INTOMAS NO TRAER PARACLINICOS DE CONTROL

Revision Por Sistemas

DBT 2 CON METFORMINA 850 MG VO CADA 12 HORAS

Examen Fisico

Estado General

BUENO

Hallazgos Positivos

SOBREPESO

Analisis y Plan

PACIENTE CON MIOSITIS CELULITIS Y BACESO CUTANEO DE M INFERIOR IZQUIERDO Y GLUTEO TRATADO Y RESUELTO SIN CONTROL PARACLINICO QUE SE SOLICICITA
DBT 2 EN MANEJO FARMACOLOGICO CON CONTROL PARACLINIC O QUE SE SOLICICITA

Conciliación Medicamentosa

Riesgo Gestacional

Clasificacion:

Primera Consulta:

Ultimo Control:

Consumo de Cigarrillo

¿Consumo de
Cigarrillo?

Si si, cuantos al dia:

****Diagnostico****



Historia Clinica De Consulta Ambulatoria

SLV-GC-03 -F16-V16

HC007

0

PAGINA: 114/11

Folio: 103 Fecha de Registro: 12/12/2014 7:49:17 a. m. Ingreso: 719800

N° Historia Clinica: 10527165

Area de Servicio: CONSULTA EXTERNA - MEDICINA ESPECIALIZADA

24/03/2022 10:59

M600 MIOSITIS INFECCIOSA

☒ Principal

L031 CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS

☐ Principal

L023 ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE GLUTEOS

☐ Principal

E149 DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION

☐ Principal

Indicaciones Medicas

HEMOGRAMA VSG PCR GLUCOSA HBA1C
CONTROL CON RESULTADOS

Examenes Solicitados

Código	Descripción	Cantidad
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	1
19977	VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR VSG	1
19806	PROTEINA C REACTIVA PCR PRUEBA CUANTITATIVA DE ALTA PRECISION	1
19490	GLUCOSA EN SUERO LCR OTROS FLUIDOS	1
19522	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	1

Profesional: SAMUEL MARTINEZ BOTERO**Registro Profesional:** 9257/78**Especialidad:** MEDICINA INTERNA



Historia Clinica De Consulta Ambulatoria

SLV-GC-03 -F16-V16

HC007

0

PAGINA: 115/11

Folio: 104 Fecha de Registro: 8/01/2015 9:27:14 a. m. Ingreso: 727829

N° Historia Clínica: 10527165

Area de Servicio: CONSULTA EXTERNA - MEDICINA ESPECIALIZADA

24/03/2022 10:59

Datos Personales

Nombre Paciente: HENRY POLINDARA Identificación: 10527165 Sexo: Masculino
Fecha Nacimiento: 10/mayo/1953 Edad Actual: 68 Años \ 10 Meses \ 14 Días Estado Civil: Casado
Dirección: CALLE 4 41 07 Teléfono: 3154530825
Procedencia: POPAYAN Ocupación: TERCERA EDAD

Datos de Afiliación

Régimen: Contributivo
Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S Nivel - Estrato: NIVEL DOS

Datos del Ingreso

FOLIO N° 104

(Fecha: 08/01/2015 09:27 a. m.)

Resp. / Acomp: MARIA NINFA HIDALGO ESPOSA

Tel
Resp/Acom:

Dir Resp/Acom:

N° Ingreso: 727829 Fecha: 8/01/2015 8:56:55 a. m.

Finalidad Consulta: No_Aplica

Causa
Externa: Enfermedad_General

Antecedentes

Médicos	DBT	12/11/2014 12:00:59 p. m.
Quirúrgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:35 p. m.
Alérgicos	NIEGA	12/11/2014 12:01:55 p. m.
Farmacológicos	GLICOAVANCE 1 TAB DIA	12/11/2014 12:02:04 p. m.
Familiares	NIEGA	12/11/2014 12:02:29 p. m.
Médicos	DM TIPO II	15/11/2014 3:06:31 p. m.
Tóxicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:41 p. m.
Alérgicos	NIEGA	15/11/2014 3:06:47 p. m.
Farmacológicos	LO REIERIDO	15/11/2014 3:06:52 p. m.
Familiares	NIEGA	15/11/2014 3:07:03 p. m.

Especialidad

Medicina Interna

Signos Vitales

T.A: 132 / 83 F.C: 78 F.R: 19 T°: 36 Peso: 68,00 Talla: 165,00 I.M.C:

Paciente con Dolor? No

Observacion:



Historia Clinica De Consulta Ambulatoria

SLV-GC-03 -F16-V16

HC007

0

PAGINA: 116/11

Folio: 104 Fecha de Registro: 8/01/2015 9:27:14 a. m. Ingreso: 727829

N° Historia Clinica: 10527165

Area de Servicio: CONSULTA EXTERNA - MEDICINA ESPECIALIZADA

24/03/2022 10:59

Tipos de Riesgos

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Reacciones Alergicas al Medicamento |
| <input type="checkbox"/> Flebitis |
| <input type="checkbox"/> Caídas |
| <input type="checkbox"/> Otros |

Motivo de Consulta

CONTROL POR DBT 2

Enfermedad Actual

PACIENTE CON DBT 2 DE LARGA EVOLUCION EN MANEJO FARMACOLOGICO CON BUEN CONTROL Y TOLERANCIA TRAE PARACLINICOS DE CONTROL GLUCOSA 124 PCR 6,10 HBA1C 8.4% HEMOGRAMA NORMAL

Revision Por Sistemas

DBT 2 CON METFORMINA 425 MG CADA 12 HORAS Y 850 MG VO DIA BIEN TOLERADA

Examen Fisico

Estado General

BUENO

Hallazgos Positivos

NO

Analisis y Plan

PACIENTE CON DBT 2 CONTROLADA SIN COMPLICACIONES

Conciliación Medicamentosa

Riesgo Gestacional

Clasificacion:

Primera Consulta:

Ultimo Control:

Consumo de Cigarrillo

¿Consumo de
Cigarrillo?

Si si, cuantos al dia:

****Diagnostico****

E149

DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCIÓN DE COMPLICACION

☒ Principal



Historia Clinica De Consulta Ambulatoria

SLV-GC-03 -F16-V16

HC007

0

PAGINA: 117/11

Folio: 104 Fecha de Registro: 8/01/2015 9:27:14 a. m. Ingreso: 727829

N° Historia Clinica: 10527165

Area de Servicio: CONSULTA EXTERNA - MEDICINA ESPECIALIZADA

24/03/2022 10:59

Indicaciones Medicas

METFORMINA 425 MG VO CADA 12 HORAS Y 850 MG VO DIA
CONTROL NIVEL I

Medicamentos

Código	Descripción	Cantidad
A10BM011120	METFORMINA 850 mg TABLETA MEDIA TABLKETA CADA 12 HORAS Y UNA DIARIA	90

Profesional: SAMUEL MARTINEZ BOTERO**Especialidad:** MEDICINA INTERNA**Registro Profesional:** 9257/78

Historia Clínica

Sanitas EPS

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificación (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (crónica) (periférica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonía, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(22/09/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(20/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(08/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(18/05/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(24/04/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(19/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(30/10/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(16/04/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(13/11/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(05/11/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/10/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(08/11/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(01/06/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(31/01/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(06/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(04/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(23/08/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(14/06/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES
(15/05/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(22/09/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(20/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(08/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(18/05/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(24/04/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(19/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
(04/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
(30/10/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
(07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(16/04/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(13/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(05/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(04/10/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(08/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(01/06/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(31/01/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(06/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)
(04/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO
(15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)
(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES**Domicilio**

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Sí, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quién vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.
- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
- 10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
- 14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
- 19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
- 20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ??: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA IDENTIFICACIÓN: CC 10527165 SEXO: Masculino ETNIA: Indígena
ESCOLARIDAD: Básica primaria

17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses? : No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses? : No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
- 19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
- 22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
- 24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
- 25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
- 26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
- 27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
- 28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 16. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
- 8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
- 12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

04/06/2015 11:11:36. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Maria Beatriz Sarria Bustamante. Reg. Médico. 34555509. Medicina General.

Historia Clínica de Paciente Crónico. Admisión No. 7518014. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 010-0000591456-0001-02.

Edad del paciente: 62 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Antigüedad Ocupación: 10 año(s).

Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 8380067.

Tipo de atención: Control. Tipo de Programa: Diabetes.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Motivo de consulta: control de dbt .

Enfermedad Actual: pte dbt desde hace 14 años de evolucion manejado actualmente con metformian 3 dia y glibenclamida 5 mg dia adherente al to dietay ejercicio no fuma ingiere licor cada 15 dias sin llegar a la embriaguez niega sed disnea edema de mii o dolrot oraxico .

REVISIÓN POR SISTEMAS

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA**DIABETES MELLITUS**

Fecha de ingreso al programa: 15/01/2015.

Riesgo cardiovascular: 10 (Framingham).

Clasificación del pie: Derecho: Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo. Izquierdo: Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo.

Riesgo del pie: Derecho: Riesgo 0. Izquierdo: Riesgo 0.

Incidente o evento asociado a la medicación: No.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 74 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 86.7 mmHg
Temperatura: 36 °C
Peso: 69 Kg
Talla: 1.65 m
Índice de Masa Corporal: 25.34
Superficie corporal: 1.8 m²

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Observaciones: Normocéfalo.

Organos de los Sentidos: Observaciones: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.

Cuello: Observaciones: Sin masas ni adenopatías.

Mama: Observaciones: No evaluada.

Cardiovascular: Observaciones: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.

Pulmonar: Observaciones: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..

Abdomen y pelvis: Observaciones: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.

Genitales: Observaciones: No evaluados.

Extremidades Superiores: Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.

Extremidades Inferiores: Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.

Osteomusculoarticular: Observaciones: Sin alteraciones.

Examen Neurológico: Observaciones: Alerta, orientado, sin déficit aparente..

Piel y Faneras: Observaciones: Normal.

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119), Confirmado repetido, Otra .

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

ADHERENCIA A PROGRAMAS**DIABETES**

El paciente ha asistido a los siguientes talleres _adehrente al tot dieta y ejercicio _____ y ha cumplido con los controles programados. Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los estudios paraclínicos se han realizado de acuerdo a lo ordenado.

PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS**FÓRMULA MÉDICA - PROMOCION Y PREVENCION**

1. Glibenclamida Tab 5mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 90 día(s). Cantidad total: 90, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 04/06/2015- 02/09/2015, Recomendaciones: una antes de desayuno .
2. Metformina Tab 850mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 8 hora(s) por 90 día(s). Cantidad total: 270, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 04/06/2015- 02/09/2015, Recomendaciones: una con desayuno almuerzo y cena .

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita Microalbuminuria por EIA, No. 1.
2. Se solicita Glucosa en suero, LCR u otro fluido diferente a orina, No. 1.
3. Se solicita Hemoglobina glicosilada por cromatografía de columna, No. 1.

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES**Recomendación 1:**

RECOMENDACIONES GENERALES: HABITOS DE VIDA SALUDABLE DIETA BAJA DE HARINAS AZUCARES GRASAS NO VISCERAS NI MANTEQUILLAS LECHES ENTERAS NO CARNES CON GRASA NO SOPAS CON HUESO RICA EN VERDURAS CEREALES CARNES MAGRAS FRUTAS NO ENLATADOS NO EMBUTIDOS CAMINATAS DIARIA EN LO PLANO 30 MINUTOS DIARIOS 5 DIA S A LA SEMANA SIGNOS DE ALALRMA DOLORDE CABEZA HINCHAZON DE LA SPIERNAS ALTERACION NEUROLOGICA DOLOR AL PECHO AHOGO PALPITACIONES PARA CONSULTA INMEDIATA CLINCIA LA ESTANCIA POPAYAN
META DIABETES COL MENOR A 180 LDL MENOR A 100 HDL MAYOR A 40 Y TRIG MENOR A 150 HB GICOSILADA MENOR A 7 Y GLICEMIA MENOR 130

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificación (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (crónica) (periférica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonía, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(06/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(04/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(23/08/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

(14/06/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

(15/05/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(22/09/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(20/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(08/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(18/05/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(24/04/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(19/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50

MINUTOS TODOS LOS DIAS

(04/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50

MINUTOS TODOS LOS DIAS

(30/10/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(07/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR

40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS

(07/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2

VECES SEMANAL

(16/04/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(13/11/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2

VECES SEMANAL

(05/11/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2

VECES SEMANAL

(04/10/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2

VECES SEMANAL

(08/11/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2

VECES SEMANAL

(01/06/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2

VECES SEMANAL

(31/01/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2

VECES SEMANAL

(06/09/2017) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)

(04/09/2017) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2

VECES SEMANAL

(23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO

(15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES**Domicilio**

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad médica aguda: No.
25. Várices: No.

(31/01/2018,10:05:45)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad médica aguda: No.
25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.
- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer) : No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses? : No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años? : No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer) : No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

: No.

28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.

- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?

: No.

- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.

10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

- Actualmente fuma?: No.

- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.

- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.

12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.

18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.

19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.

20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.

25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
- 8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
- 12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 11. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
- 13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)? : No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)? : No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

16/06/2015 09:55:09. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Ruby Damaris Villamarin Betancurt. Reg. Médico. 34548069. Medicina Familiar.

Historia Clínica de Paciente Crónico. Admisión No. 7593849. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 010-0000591456-0001-02.

Edad del paciente: 62 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Antigüedad Ocupación: 1 año(s).

Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 8380067.

Tipo de atención: Primera Vez.

Número de Control: 1. Tipo de Programa: Diabetes, Dislipidemia, Sobrepeso, Obesidad..

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Acompañante: pte. Teléfono: x.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Motivo de consulta: por resultados .

Enfermedad Actual: por resultados de programa de diabetes

METFORMINA 850 MGC MEDIA CADAS 8 HORAS

GLIBENCLAMIDA 5 MG CADA DIA

TRAE PARACLINICO DEL 4 DE MARZO DEL 2015

CT- 188 TG 117 CREATINIA 081 GLICEMIA 133 HDL -58.9 VLDL 23.4 LDL 105 IA 3.1

GLICEMIA 133 tiene de junio 10 del 2015 microalbuminuria 28.2 hb glicosilada en 7,7 glicemia 172 no en metas , consumo de alcohol ocasional dbt desde hace 14 años de evolucion asintomatico refiere adherencia al tto ocasionalmente olvida dosis metoformina.

REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntomas Generales: No presenta.

Neurológico: Sin síntomas.

Mental: Sin síntomas.

Organos de los Sentidos: Sin síntomas.

Respiratorio: Sin síntomas.

Cardiovascular: Sin síntomas.

Gastrointestinal: Sin síntomas.

Genitourinario: Sin síntomas.

Osteomusculoarticular: Sin síntomas.

Mamas: Sin síntomas.

Piel y Faneras: Sin síntomas.

Hematológico y Linfático: Sin síntomas.

Endocrinológico: Sin síntomas.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Frecuencia Cardíaca: 70 Latidos/min

Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min

Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg

Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg

Tensión Arterial Media: 86.7 mmHg

Temperatura: 36 °C

Peso: 69 Kg

Talla: 1.65 m

Índice de Masa Corporal: 25.34

Perímetro Abdominal: 92 cm

Superficie corporal: 1.8 m2

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Observaciones: Normocéfalo.

Organos de los Sentidos: Observaciones: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.

Cuello: Observaciones: Sin masas ni adenopatías.

Mama: Observaciones: No evaluada.

Cardiovascular: Observaciones: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.

Pulmonar: Observaciones: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..

Abdomen y pelvis: Observaciones: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.

Genitales: Observaciones: No evaluados.

Extremidades Superiores: Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.

Extremidades Inferiores: Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.

Osteomusculoarticular: Observaciones: Sin alteraciones.

Examen Neurológico: Observaciones: Alerta, orientado, sin déficit aparente..

Piel y Faneras: Observaciones: Normal.

PARACLINICOS DE PROGRAMAS

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

DIABETES

Fecha de realización: 10/06/2015 00:00:00.

Glicemia Basal (mg/dl): 172. Hemoglobina glicosilada: 7.7. Colesterol Total (mg/dl): 188. Colesterol HDL (mg/dl): 58. Colesterol LDL (mg/dl): 105.

Triglicéridos (mg/dl): 117. Creatinina (mg/dl): 0.8. Parcial de orina: Normal. Microalbuminuria (mg/dl): 28.2. Tasa de filtración glomerular: 93.4.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

pte con congrolada no esta en metas sobrepeso

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149), sobrepeso, Confirmado nuevo, Otra .

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: HABITOS DE VIDA SALUDABLE DIETA BAJA DE HARINAS AZUCARES GRASAS NO VISCERAS NI MANTEQUILLAS LECHE ENTERAS NO CARNES CON GRASA NO SOPAS CON HUESO RICA EN VERDURAS CEREALES CARNES MAGRAS FRUTAS NO ENLATADOS NO EMBUTIDOS CAMINATAS DIARIA EN LO PLANO 30 MINUTOS DIARIOS 5 DIA S A LA SEMANA SIGNOS DE ALARMA DOLOR DE CABEZA HINCHAZON DE LA SPIERNAS ALTERACION NEUROLOGICA DOLOR AL PECHO AHOGO PALPITACIONES PARA CONSULTA INMEDIATA CLINICA LA ESTANCIA POPAYAN
META DIABETES COL MENOR A 180 LDL MENOR A 100 HDL MAYOR A 40 Y TRIG MENOR A 150 HB GICOSILADA MENOR A 7 Y GLICEMIA MENOR 130

SIGNOS DE ALARMA: SIGNOS DE ALARMA DOLOR DE CABEZA HINCHAZON DE LA SPIERNAS ALTERACION NEUROLOGICA

ACTIVIDAD FÍSICA: camianr 5 veces semana 30 min

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS: dieta hipoglucdia fraccionada en 6 tomas no alcohol maximo 2 copas y reduccion del peso 7% y bajar 2 ccm de perimetro abdominal bajo de 8.4 a 7.7 la hb glicosilada si optimizando habiots saludable no mejoría replantear el tto

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificación (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (crónica) (periférica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonía, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(22/09/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(20/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(08/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(18/05/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(24/04/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(19/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(30/10/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(16/04/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(13/11/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(05/11/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/10/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(08/11/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(01/06/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(31/01/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(06/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(04/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(23/08/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
 ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(14/06/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES
 (15/05/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(22/09/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (20/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (08/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (18/05/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (24/04/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (19/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (04/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (30/10/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (16/04/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (13/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (05/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (04/10/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (08/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (01/06/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (31/01/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (06/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)
 (04/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO
 (15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)
(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)**- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES****Domicilio**

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Sí, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quién vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.
- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
- 10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
- 14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
- 19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
- 20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ??: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer) : No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses? : No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses? : No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
- 19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
- 22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
- 24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
- 25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
- 26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
- 27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
- 28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 16. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
- 8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
- 12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

08/07/2015 10:47:11. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Maria Beatriz Sarria Bustamante. Reg. Médico. 34555509. Medicina General.

Historia Clínica de Paciente Crónico. Admisión No. 7777022. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 010-0000591456-0001-02.

Edad del paciente: 62 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Antigüedad Ocupación: 10 año(s).

Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 8380067.

Tipo de atención: Control. Tipo de Programa: Diabetes.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Motivo de consulta: RESULTADOS.

Enfermedad Actual: PTE DBT DE LARAGA DATA EN MANENJO CON METFORMIAN 3 AL DIA Y GLIBENCLAMIDA 5 MG DIA CON LAB DE 10.06.2015

HB GLICOSILDA 7.7 MICROALBUMINURI 28 GLICEMIA 172 EL PTE PRESNET OLVIDOS DE ALGUNA DE LA S DOSIS DE METFORMINA Y LA DIETA ES IRREGULAR DEBIDO A QUE VIAJA COSNTANTEMENTE FUE VALORADO POR MED FAMILAIR QUIEN INDICO AJUSTES EN

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

DIETA EJERCIC Y TTO FARMACOLOGICA Y EN COTNROLPOSTERIOR SE DEFINIRA SIN NO HAY MEJORUIA EN LAS META S CAMBIOS EN EL TTO
SOLCITA CONTROL OPTOMETRICO .

REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA**DIABETES MELLITUS**

Fecha de ingreso al programa: 15/01/2015.
Riesgo cardiovascular: 10 (Framingham).
Clasificación del pie: Derecho: Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo. Izquierdo: Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo.
Riesgo del pie: Derecho: Riesgo 0. Izquierdo: Riesgo 0.
Incidente o evento asociado a la medicación: No.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 74 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 20 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg
Tensión Arterial Media: 93.3 mmHg
Temperatura: 36 °C
Peso: 70 Kg
Talla: 1.65 m
Índice de Masa Corporal: 25.71
Superficie corporal: 1.82 m2

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Observaciones: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Observaciones: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Observaciones: Sin masas ni adenopatías.
Mama: Observaciones: No evaluada.
Cardiovascular: Observaciones: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Observaciones: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Observaciones: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: Observaciones: No evaluados.
Extremidades Superiores: Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Observaciones: Sin alteraciones.
Examen Neurológico: Observaciones: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Observaciones: Normal.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus no insulínica sin complicación (E119), Confirmado repetido, Otra .
Diagnóstico Asociado 1: Trastorno de la refracción, no especificado (H527), Bilateral, Confirmado nuevo.

ADHERENCIA A PROGRAMAS**DIABETES**

El paciente ha asistido a los siguientes talleres ADHIRENTE AL TTO DIETA Y EJERCICIO y ha cumplido con los controles programados. Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los estudios paraclínicos se han realizado de acuerdo a lo ordenado.

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita Consulta primera vez Optometría, No. 1, PTE CON DEFECTO REFRACTIVO USA GAFAS DE LARGA DATA .
2. Se solicita Glucosa pre y post prandial, No. 1.

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES**Recomendación 1:**

RECOMENDACIONES GENERALES: HABITOS DE VIDA SALUDABLE DIETA BAJA DE HARINAS AZUCARES GRASAS NO VISCERAS NI MANTEQUILLAS LECHES ENTERAS NO CARNES CON GRASA NO SOPAS CON HUESO RICA EN VERDURAS CEREALES CARNES MAGRAS FRUTAS NO ENLATADOS NO EMBUTIDOS CAMINATAS DIARIA EN LO PLANO 30 MINUTOS DIARIOS 5 DÍAS A LA SEMANA SIGNOS DE ALARMA DOLOR DE CABEZA HINCHAZON DE LA SPIERNAS ALTERACION NEUROLÓGICA DOLOR AL PECHO AHOGO PALPITACIONES PARA CONSULTA INMEDIATA CLINICA LA ESTANCIA POPAYAN
META DIABETES COL MENOR A 180 LDL MENOR A 100 HDL MAYOR A 40 Y TRIG MENOR A 150 HB GICOSILADA MENOR A 7 Y GLICEMIA MENOR 130

Recomendación 2:

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: SE INSSITE EN DIETA Y EJERCICIO NO OLVIDAR EL TTO CITA EN SEPTBRE CON LAB PARA DEFINIR SI ES NECESARIO MODIFICAR EL TTO

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificación (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (crónica) (periférica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonía, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(22/09/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(20/06/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(08/06/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(18/05/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(24/04/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(19/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(30/10/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(16/04/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(13/11/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(05/11/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/10/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(08/11/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(01/06/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(31/01/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(06/09/2017) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(04/09/2017) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(23/08/2017) ¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
 ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(14/06/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES
 (15/05/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(22/09/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (20/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (08/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (18/05/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (24/04/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (19/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (04/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (30/10/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (16/04/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (13/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (05/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (04/10/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (08/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (01/06/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (31/01/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (06/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)
 (04/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO
 (15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)
(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)**- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES****Domicilio**

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Sí, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quién vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.
- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
- 10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
- 14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
- 19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
- 20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ??: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer) : No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
- 19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
- 22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
- 24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
- 25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
- 26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
- 27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
- 28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 16. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
- 8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
- 12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

23/06/2016 08:42:46. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Maria Beatriz Sarria Bustamante. Reg. Médico. 34555509. Medicina General.

Historia Clínica de Paciente Crónico. Admisión No. 11120570. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 010-0000591456-0001-02.

Edad del paciente: 63 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Antigüedad Ocupación: 20 año(s).

Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Teléfono: 8380067.

Tipo de atención: Control. Tipo de Programa: Diabetes.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Acompañante: maria hidalgo . Teléfono: 3155430825.

Motivo de consulta: control de dbt .

Enfermedad Actual: pte dbt inasistente al programa segun el pte no asiste porque nunca le entregan el medicamento en farmacia nunca le atienden se le explica al pte y al familiar el funcionamiento del programa le ha realizado incluso llamados por parte de enfermeria para asistir a controles

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

hace 5 meses no toma ningún tto
actualmente presenta absceso en glúteo desde hace una semana
niega sed, disnea, edema de miembros o dolor torácico.

REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Órganos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Anexos: absceso.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 70 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 20 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 86.7 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 120 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 80 mmHg
Temperatura: 36 °C
Peso: 70 Kg
Talla: 1.65 m
Índice de Masa Corporal: 25.71
Perímetro Abdominal: 102 cm
Superficie corporal: 1.82 m²

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.
Órganos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Mental: normal.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Anexos: a nivel de glúteo derecho parte medial tumefacción dolorosa calor rubor dolor.

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119), Confirmado repetido, Causa Externa: Otra.
Diagnóstico Asociado 1: Absceso cutáneo, furunculo y antrax de sitio no especificado (L029), Confirmado nuevo.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

ADHERENCIA A PROGRAMAS**DIABETES**

Adherencia: El paciente ha asistido a los siguientes talleres ____pte NO dherente al tto dieta y ejercicio programa ____ y ha cumplido con los controles programados. Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los estudios paraclínicos se han realizado de acuerdo a lo ordenado..

PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS**FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO**

1. Naproxeno tab rec 275mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 12 hora(s) por 5 día(s). Cantidad total: 10, Número de entregas: 1
2. Dicloxacilina Cap 500mg: Tomar (vía Oral) 1 cápsula cada 6 hora(s) por 7 día(s). Cantidad total: 28, Número de entregas: 1 Recomendaciones: toma r asi 6am 11 am 4pm 10 pm por 7 dias

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita Colesterol total, No. 1.
2. Se solicita Triglicéridos, No. 1.
3. Se solicita Glucosa en suero, LCR u otro fluido diferente a orina, No. 1.
4. Se solicita Hemoglobina glicosilada por cromatografía de columna, No. 1.
5. Se solicita Creatinina en suero, orina u otros, No. 1.
6. Se solicita Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria, No. 1.
7. Se solicita Colesterol de alta densidad [HDL], No. 1, programas pyp.
8. Se solicita Microalbuminuria por nefelometría, No. 1.

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES**Recomendación 1:**

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: ss lb de control se cita en una semana co n reprotes para definir manejo se ordedena tto atb pr absceso control en 48 h ya tiene cita prgramada

RECOMENDACIONES GENERALES: Automedición con glucómetro. Para aclarar cualquier duda comuníquese con su médico tratante o con el equipo de salud del programa. Control oftalmológico anual. Cuidado de los pies: remoje y lave los pies con agua tibia todas las noches, séquelos bien y aplique alcohol con gasa humedecida. Las callosidades deben ser tratadas por médico entrenado en pie diabético. Consultar si aparecen manchas, heridas, ampollas, úlceras, calambres, inflamación o dolor. No utilice medios externos de calefacción en contacto directo con la piel, medias húmedas, gruesas, estrechas, con costuras o labrado, ni camine descalzo. Antes de caminar lubrique la piel con crema y utilice tenis. Calzado: que no genere zonas de presión ni roces constantes, sin contrafuerte demasiado curvo, ni de plástico ni de goma, no puntudos, con bordes bajos en los tobillos, con lengüetas cortas, con tacones menores de 3 cms, sin correas ni hebillas, tenis con cámara de aire. Compre calzado en las tardes y mídase ambos zapatos, use el calzado nuevo gradualmente, revise el calzado antes de ponérselo, no se lo ponga húmedo ni lo seque con ninguna fuente de calor. Cuidado uñas de los pies: No cortarlas, limarlas con regularidad, sin dejar bordes irregulares. No cortar el borde libre cercano a la piel. Si tiene limitación física o visual acuda a una persona entrenada para arreglarse las uñas. No pintarlas con esmalte. No molestarse las uñas encarnadas. No fumar. Tomar medicamentos en la hora indicada por el médico.

ACTIVIDAD FÍSICA: Ejercicio de intensidad ligera a moderada, durante mínimo 30 minutos, mínimo 3 días/semana.

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS: Dieta con bajo contenido de carbohidratos (almidones, granos, fruta, lácteos y dulces). Comer a horas pre-establecidas. Evitar tiempos de ayuno prolongados. 5 comidas/día. Reducción de las grasas. Aumento en el consumo de fibra.

CUIDADO Y USO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS: Glucometría: antes y dos horas de haber tomado los alimentos. Si el resultado después de comer es mayor a 50 mg/dl en comparación al resultado antes de comer; ingiera una porción menor de carbohidratos en la próxima ocasión.



SISTEMA DE REGISTRO CLÍNICO AVICENA

Historia Clínica No. 10527165

Consulta

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificación (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (crónica) (periférica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonía, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(22/09/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(20/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(08/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(18/05/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(24/04/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(19/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(30/10/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(16/04/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(13/11/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(05/11/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/10/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(08/11/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(01/06/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(31/01/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(06/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(04/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(23/08/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
 ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(14/06/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES
 (15/05/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(22/09/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (20/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (08/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (18/05/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (24/04/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (19/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (04/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (30/10/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (16/04/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (13/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (05/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (04/10/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (08/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (01/06/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (31/01/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (06/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)
 (04/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO
 (15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)
(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)**- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES****Domicilio**

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Sí, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quién vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.
- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
- 14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
- 19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
- 20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer) : No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
- 19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
- 22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
- 24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
- 25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
- 26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
- 27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
- 28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 16. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
- 8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
- 12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

29/06/2016 17:32:03. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Sandra Patricia Agredo Garcés. Reg. Médico. 34544685. Medicina General.

Historia Clínica de Paciente Crónico. Admisión No. 11197020. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 010-0000591456-0001-02.

Edad del paciente: 63 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Antigüedad Ocupación: 4 año(s).

Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 8380067.

Tipo de atención: Control. Tipo de Programa: Diabetes, Dislipidemia, Sobrepeso, Obesidad..

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Teléfono: X.

Motivo de consulta: PROGRAMA DE DIABETES Y DISLIPIDEMIA.

Enfermedad Actual: PACIENTE DE 63 AÑOS CON DX DIABETES ; RECIBIA TTO CON METFORMINA 850 MG CADA 12 H ; GLIBENCLAMIDA 5 MG CADA 12 H , TRAE LAB -VER TABLA-

HACE EL MES DE NOVIEMBRE NO TOMA NINGUN MEDICAMENTO !!!!!!!!!!!!!!!.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA**DIABETES MELLITUS**

Fecha de ingreso al programa: 15/01/2015.

Riesgo cardiovascular: 10 (SCORE).

Clasificación del pie: Derecho: Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo. Izquierdo: Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo.

Riesgo del pie: Derecho: Riesgo 0. Izquierdo: Riesgo 0.

Incidente o evento asociado a la medicación: No.

DISLIPIDEMIA/SOBREPESO/OBESIDAD

Fecha de ingreso al programa: 29/06/2016.

Riesgo cardiovascular: 10 (SCORE).

Incidente o evento asociado a la medicación: No.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general

Frecuencia Cardíaca: 80 Latidos/min

Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min

Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg

Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg

Tensión Arterial Media: 93.3 mmHg

Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 120 mmHg

Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg

Temperatura: 36 °C

Peso: 69 Kg

Talla: 1.65 m

Índice de Masa Corporal: 25.34

Perímetro Abdominal: 90 cm

Superficie corporal: 1.8 m²

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.

Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.

Cuello: Sin masas ni adenopatías.

Mama: No evaluada.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.

Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..

Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.

Genitales: No evaluados.

Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.

Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.

Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.

Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..

Piel y Faneras: Normal.

PARACLINICOS DE PROGRAMAS**DIABETES**

Fecha de realización: 27/06/2016 00:00:00.

Glicemia Basal (mg/dl): 225.0. Hemoglobina glicosilada: 10.2. Colesterol Total (mg/dl): 188.0. Colesterol HDL (mg/dl): 55.8. Colesterol LDL (mg/dl): 106.9.

Triglicéridos (mg/dl): 127.0. Creatinina (mg/dl): 0.87. Parcial de Orina: Anormal, Observaciones: GLUCOSURIA 250. Microalbuminuria (mg/dl): 200.3. Tasa de filtración glomerular: 84.8.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD.

Fecha de realización: 27/06/2016 00:00:00.

Colesterol Total (mg/dl): 188.0. Colesterol HDL (mg/dl): 55.8. Colesterol LDL (mg/dl): 106.9. Triglicéridos (mg/dl): 127.0.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE DE 63 AÑOS CON DIABETES ABANDONADA !!! HACE MAS DE 6 MESES NO TOMA LOS MEDICAMENTOS . NIEGA SINTOMAS CARDIOVASCULARES . TRAE HBA1C 10% . SE LE FORMULA METFORMINA 850 MG CADA 12 H , GLIBENCLAMIDA 5 MG DIA , CONTROL EN UN MES CON GLUCOSA PRE , SE REMITE A NUTRICIONISTA . SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA PARA IR A URGENCIAS Y SE EXPLICA LA IMPORTANCIA DEL TTO , LA DIETA , Y EL IMPACTO DE LA ENF EN ORGANO BLANCO . CONTROL 1 MES

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra .

ADHERENCIA A PROGRAMAS**DIABETES**

Adherencia: El paciente ha asistido a los siguientes talleres _____ y ha cumplido con los controles programados. Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los estudios paraclínicos se han realizado de acuerdo a lo ordenado..

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD.

Adherencia: El paciente ha asistido a los siguientes talleres _____ y ha cumplido con los controles programados. Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los estudios paraclínicos se han realizado de acuerdo a lo ordenado..

PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS**FÓRMULA MÉDICA - PROMOCION Y PREVENCION**

1. Glibenclamida Tab 5mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1 Recomendaciones: TOMAR 1 TBABLETA MEDIA H ANTES DE ALMOZAR . .
2. Metformina Tab 850mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 12 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 60, Número de entregas: 1 Recomendaciones: TOMAR 1 TABLETA CON DESAYUNO Y 1 TABLETA CON COMIDA .

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita Glucosa en suero, LCR u otro fluido diferente a orina, No. 1.

PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN

1. Se solicita interconsulta a Nutricion Por solicitud del médico tratante. Justificación: DIABETES ABANDONADA. Observaciones: DIABETES ABANDONADA .

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES**Recomendación 1:**

RECOMENDACIONES GENERALES: Automedición con glucómetro.Para aclarar cualquier duda comuníquese con su médico tratante o con el equipo de salud del programa.Control oftalmológico anual.Cuidado de los pies: remoje y lave los pies con agua tibia todas las noches, seque los bien y aplique alcohol con gasa humedecida.Las callosidades deben ser tratadas por médico entrenado en pie diabético.Consultar si aparecen manchas, heridas, ampollas, úlceras, calambres, inflamación o dolor.No utilice medios externos de calefacción en contacto directo con la piel, medias húmedas, gruesas, estrechas, con costuras o labrado, ni camine descalzo.Antes de caminar lubrique la piel con crema y utilice tenis.Calzado: que no genere zonas de presión ni roces constantes, sin contrafuerte demasiado curvo, ni de plástico ni de goma, no puntudos, con bordes bajos en los tobillos, con lenguetas cortas, con tacones

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

menores de 3 cms, sin correas ni hebillas, tenis con cámara de aire. Compre calzado en las tardes y mídase ambos zapatos, use el calzado nuevo gradualmente, revise el calzado antes de ponérselo, no se lo ponga húmedo ni lo seque con ninguna fuente de calor. Cuidado uñas de los pies: No cortarlas, limarlas con regularidad, sin dejar bordes irregulares. No cortar el borde libre cercano a la piel. Si tiene limitación física o visual acuda a una persona entrenada para arreglarse las uñas. No pintarlas con esmalte. No molestarse las uñas encarnadas. No fumar. Tomar medicamentos en la hora indicada por el médico.

ACTIVIDAD FÍSICA: Ejercicio de intensidad ligera a moderada, durante mínimo 30 minutos, mínimo 3 días/semana.

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS: Dieta con bajo contenido de carbohidratos (almidones, granos, fruta, lácteos y dulces). Comer a horas pre-establecidas. Evitar tiempos de ayuno prolongados. 5 comidas/día. Reducción de las grasas. Aumento en el consumo de fibra.

CUIDADO Y USO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS: Glucometría: antes y dos horas de haber tomado los alimentos. Si el resultado después de comer es mayor a 50 mg/dl en comparación al resultado antes de comer; ingiera una porción menor de carbohidratos en la próxima ocasión.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificación (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (crónica) (periférica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonía, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(22/09/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(20/06/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(08/06/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(18/05/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(24/04/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(19/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(30/10/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(16/04/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(13/11/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(05/11/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/10/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(08/11/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(01/06/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(31/01/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(06/09/2017) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(04/09/2017) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(23/08/2017) ¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
 ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(14/06/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES
 (15/05/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(22/09/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (20/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (08/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (18/05/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (24/04/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (19/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (04/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (30/10/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (16/04/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (13/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (05/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (04/10/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (08/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (01/06/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (31/01/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (06/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)
 (04/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO
 (15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)
(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)**- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES****Domicilio**

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Sí, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quién vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.
- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
- 14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
- 19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
- 20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años? : No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer) : No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
- 19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
- 22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
- 24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
- 25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
- 26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
- 27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
- 28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 16. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
- 8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
- 12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)?: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

02/11/2016 17:50:27. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Sandra Patricia Agredo Garcés. Reg. Médico. 34544685. Medicina General.

Historia Clínica de Paciente Crónico. Admisión No. 12774771. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 010-0000591456-0001-02.

Edad del paciente: 63 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Antigüedad Ocupación: 7 año(s).

Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 8380067.

Tipo de atención: Control. Tipo de Programa: Diabetes.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Motivo de consulta: CONTROL DE DIABETES Y DISLIPIDEMIA..

Enfermedad Actual: PACIENTE DE 63 AÑOS CON DX DIABETES ; DISLIPIDEMIA , SE ORDENO TTO CON METFORMINA 850 MG CADA 12 H ; GLIBENCLAMIDA 5 MG DIA , MANIFIESTA DIARREA CON LA METFORMINA . LAB -VER TABLA- YA FUE VALORADO POR NUTRICIONISTA PERO NO HA SUSPENDIDO EL AZUCAR !.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA**DIABETES.**

Fecha de ingreso al programa: 15/01/2015.

- CLASIFICACIÓN DEL PIE

Clasificación del pie Derecho: Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo.
Clasificación del pie Izquierdo: Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo.

- RIESGO DE LA ENFERMEDAD

Riesgo cardiovascular: 10 SCORE.

- RIESGO DEL PIE

Riesgo del pie Derecho: Riesgo 0.
Riesgo del pie Izquierdo: Riesgo 0.

- INCIDENTE / EVENTO ASOCIADO

Incidente o evento asociado a la medicación (Diabetes Mellitus): No.

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD..

Fecha de ingreso al programa: 29/06/2016.

- RIESGO CARDIOVASCULAR

Riesgo cardiovascular: 10 SCORE.

- INCIDENTE / EVENTO ASOCIADO

Incidente o evento asociado a la medicación (Dislipidemia, Sobrepeso, Obesidad): No.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 80 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 15 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg
Tensión Arterial Media: 93.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 120 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 80 mmHg
Temperatura: 36 °C
Peso: 69 Kg
Talla: 1.65 m
Índice de Masa Corporal: 25.34

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Perímetro Abdominal: 95 cm
Superficie corporal: 1.8 m²

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Mental: NORMAL.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.

PARACLINICOS DE PROGRAMAS**DIABETES**

Fecha de realización: 28/06/2016 00:00:00.
Glicemia Basal (mg/dl): 225.0. Glicemia Post Prandial (mg/dl): 286.0. Hemoglobina glicosilada: 10.2. Colesterol Total (mg/dl): 188.0. Colesterol HDL (mg/dl): 55.8. Colesterol LDL (mg/dl): 106.9. Triglicéridos (mg/dl): 127.0. Creatinina (mg/dl): 0.87. Parcial de Orina: Anormal. Microalbuminuria (mg/dl): 200.3. Tasa de filtración glomerular: 84.8.

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD.

Fecha de realización: 28/06/2016 00:00:00.
Colesterol Total (mg/dl): 188.0. Colesterol HDL (mg/dl): 55.8. Colesterol LDL (mg/dl): 106.9. Triglicéridos (mg/dl): 127.0.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE DE 63 AÑOS CON DX DIABETES M TIPO 2, SOBREPESO ; HA BAJADO 1 KILO DE PESO , NO CUMPLE LA DIETA Estricta . SE DEJA IGUAL MANEJO , SE FORMULAN LOS MEDICAMENTOS PARA 90 DIAS , SE PIDEN LAB DE CONTROL Y QUE PIDA CITA CON REPORTES PARA EVALUAR RTA TERAPEUTICA . HA PRESENTADO INTOLERANCIA A LA METFORMINA PQ PRESENTA DIARREA

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones no especificadas (E148), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra .
Diagnóstico Asociado 1: Aumento anormal de peso (R635), SOBREPESO, Confirmado repetido.

ADHERENCIA A PROGRAMAS**DIABETES**

Adherencia: El paciente ha asistido a los siguientes talleres _____ y ha cumplido con los controles programados. Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los estudios paraclínicos se han realizado de acuerdo a lo ordenado..

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD.

Adherencia: El paciente ha asistido a los siguientes talleres _____ y ha cumplido con los controles programados.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los estudios paraclínicos se han realizado de acuerdo a lo ordenado..

PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS
FÓRMULA MÉDICA - PROMOCION Y PREVENCIÓN

1. Metformina Tab 850mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 12 hora(s) por 90 día(s). Cantidad total: 180, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 02/11/2016- 31/01/2017,
2. Glibenclamida Tab 5mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 90 día(s). Cantidad total: 90, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 02/11/2016- 31/01/2017,

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita Colesterol de alta densidad [HDL], No. 1.
2. Se solicita Colesterol total, No. 1.
3. Se solicita Triglicéridos, No. 1.
4. Se solicita Glucosa en suero, LCR u otro fluido diferente a orina, No. 1.
5. Se solicita Hemoglobina glicosilada por cromatografía de columna, No. 1.
6. Se solicita Creatinina en suero, orina u otros, No. 1.
7. Se solicita Microalbuminuria por nefelometría, No. 1.

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: DIETA HIPOSODICA HIPOGRASA DESNATADOS Y CARNE MAGRA EVITAR FRITOS IDEAL SUDADOS ASADOS O COCIDOS HIPOGLUCIDA FRACCIONADA EN 6 TOMAS CAMINAR 30 MIN DIARIO EN PLANO DIARIO 5 VECES PRO SEMANA AL MENOS Y AUMENTAR FRUTA Y VERDURA NO CIGARRILLO CONTROL PROGRAMA ENFERMERIA Y TALLERES DE HTA Y DIABETES Y BAJAR EN EL PESO

META DIABETES COL MENOR A 180 LDL MENOR A 100 HDL MAYOR A 40 Y TRIG MENOR A 150 HB GICOSILADA MENOR A 7 Y GLICEMIA MENOR 130

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificación (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (crónica) (periférica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonía, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(22/09/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(20/06/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(08/06/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(18/05/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(24/04/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(19/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(30/10/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(16/04/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(13/11/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(05/11/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/10/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(08/11/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(01/06/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(31/01/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(06/09/2017) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(04/09/2017) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(23/08/2017) ¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
 ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(14/06/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES
 (15/05/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(22/09/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (20/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (08/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (18/05/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (24/04/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (19/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (04/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (30/10/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (16/04/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (13/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (05/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (04/10/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (08/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (01/06/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (31/01/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (06/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)
 (04/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO
 (15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)
(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)**- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES****Domicilio**

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Sí, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quién vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.
- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
- 10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
- 14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
- 19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
- 20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ??: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer) : No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años? : No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer) : No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses? : No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
- 19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
- 22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
- 24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
- 25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
- 26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
- 27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
- 28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 16. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
- 8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
- 12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)?: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

24/02/2017 07:47:42. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Felipe Alejandro Muñoz Muñoz. Reg. Médico. 1061735807. Medicina General.

Historia Clínica de Paciente Crónico. Admisión No. 14294840. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-591456-1-2.

Edad del paciente: 63 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Antigüedad Ocupación: 3 año(s).

Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 8380067.

Tipo de atención: Control. Tipo de Programa: Diabetes.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Acompañante: PACIENTE.. Motivo de consulta: CITA PARA EL ABSCESO.

Enfermedad Actual: PACIENTE DIABEICO EN MANEJO CON METFORMINA, ADHERENTE AL TRATAMIENTO, DIETA PER SIN DEPORTE, ASISTENTE AL PROGRAMA. REFIERE QUE FAMILIAR LE TRAMITO CITA PUESTO QUE TIENE DOLOR CERVICAL EN AREA DE ABSCESO YA TRATADO. SE EXPLICA REQUIERE VALORACIONES POR MEDICO GENERAL..

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA**DIABETES.**

Fecha de ingreso al programa: 15/01/2015.

Clasificación del pie

1. Clasificación del pie Derecho: Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo.
2. Clasificación del pie Izquierdo: Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo,

Riesgo de la enfermedad

1. Riesgo cardiovascular: 10 - SCORE

Riesgo del pie

1. Riesgo del pie Derecho: Riesgo 0.
2. Riesgo del pie Izquierdo: Riesgo 0,

Incidente / Evento Asociado

1. Incidente o evento asociado a la medicación (Diabetes Mellitus): No.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 80 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 114 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 84.7 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 114 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg
Temperatura: 36.5 °C
Peso: 83 Kg
Talla: 1.65 m
Índice de Masa Corporal: 30.49
Superficie corporal: 2 m2

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: Sin alteraciones.
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos, NO DOLOR.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados. PULMONES LIMPÍOS.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.

Genitales: Sin alteraciones.

Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.

Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.

Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.

Mental: Normal.

Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..

Piel y Faneras: Normal, EN REGION POSTERIOR CERVICAL REGION ABSCEDADA EN FASE CICATRIZAL SIN CALOR LOCAL PERO MASA BLANDA POSTERIOR SIN LIMITACION PARA LA MOVILIDAD DEL CUELLO..

PARACLINICOS DE PROGRAMAS**DIABETES**

Fecha de realización: 29/06/2016 00:00:00

1. Glicemia Basal (mg/dl): 225.0.
2. Glicemia Post Prandial (mg/dl): 286.0.
3. Hemoglobina glicosilada: 10.2.
4. Colesterol Total (mg/dl): 188.0.
5. Colesterol HDL (mg/dl): 55.8.
6. Colesterol LDL (mg/dl): 106.9.
7. Triglicéridos (mg/dl): 127.0.
8. Creatinina (mg/dl): 0.87.
9. Parcial de Orina: Anormal.
10. Microalbuminuria (mg/dl): 200.3.
11. Tasa de filtración glomerular: 84.8.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE DIABETICO ADHERENTE A LA MEDICACION Y DIETA, SIN DEPORTE. ACUDE REFIRIENDO ESPECIFICAMENTE DESEA REVISION DE LESION ABSCEDADA ECIENTEMENTE TRATADA EN HOSPITALIZACION EN CASA. NIEGA TRIADA CLASICA SINTOMATICA DDIABETICA. AL EXAMEN FISICO NORMOTENSO, EN OBESIDAD, NO ADENOPATIAS, NO EDEMAS, CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES. LESION BLANDA CERVICAL LEVE DOLROSOSA SIN SIGNOS DE INFECCION, EN FASE CICATRIZAL DE DERMIS. SE FORMULA DICOXACILINA POR 7 DIAS PARA FAVORECER RECUPERACION. ADEMAS EN SISTEMA SE EVIDENCIA DIABETES FUERA DE METAS. SE ORDENA HBA1C Y GLICEMIA PARA CONTROL. SE REFORMULA MANEJO DE BASE POR 1 MES.

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149), Estado de la enfermedad: Controlado, Confirmado repetido, Causa Externa: Otra .

Diagnóstico Asociado 1: Absceso cutaneo, furunculo y antrax de otros sitios (L028), Estado de la enfermedad: Controlado, Confirmado repetido.

PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS**FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO**

1. Glibenclamida Tab 5mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 20 día(s). Cantidad total: 20, Número de entregas: 1
2. Metformina Tab 850mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 12 hora(s) por 20 día(s). Cantidad total: 40, Número de entregas: 1
3. Dicoxacilina Cap 500mg: Tomar (vía Oral) 1 cápsula cada 6 hora(s) por 7 día(s). Cantidad total: 28, Número de entregas: 1

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita Hemoglobina glicosilada por anticuerpos monoclonales, No. 1, PACIENTE DIABETICO ADHERENTE A LA MEDICACION Y DIETA, SIN DEPORTE. ACUDE REFIRIENDO ESPECIFICAMENTE DESEA REVISION DE LESION ABSCEDADA ECIENTEMENTE TRATADA EN HOSPITALIZACION EN CASA. NIEGA TRIADA CLASICA SINTOMATICA DDIABETICA. AL EXAMEN FISICO NORMOTENSO, EN OBESIDAD, NO ADENOPATIAS, NO EDEMAS, CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES. LESION BLANDA CERVICAL LEVE DOLROSOSA SIN SIGNOS DE INFECCION, EN FASE

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

CICATRIAL DE DERMIS. SE FORMULA DICLOXACILINA POR 7 DIAS PARA FAVORECER RECUPERACION. ADEMAS EN SISTEMA SE EVIDENCIA DIABETES FUERA DE METAS. SE ORDENA HBA1C Y GLICEMIA PARA CONTROL. SE REFORMULA MANEJO DE BASE POR 1 MES..
2. Se solicita Glucosa pre y post prandial, No. 1, PACIENTE DIABETICO ADHERENTE A LA MEDICACION Y DIETA, SIN DEPORTE. ACUDE REFIRIENDO ESPECIFICAMENTE DESEA REVISION DE LESION ABSCEDADA ECIENTEMENTE TRATADA EN HOSPITALIZACION EN CASA. NIEGA TRIADA CLASICA SINTOMATICA DDIABETICA. AL EXAMEN FISICO NORMOTENSO, EN OBESIDAD, NO ADENOPATIAS, NO EDEMAS, CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES. LESION BLANDA CERVICAL LEVE DOLROSOSA SIN SIGNOS DE INFECCION, EN FASE CICATRIAL DE DERMIS. SE FORMULA DICLOXACILINA POR 7 DIAS PARA FAVORECER RECUPERACION. ADEMAS EN SISTEMA SE EVIDENCIA DIABETES FUERA DE METAS. SE ORDENA HBA1C Y GLICEMIA PARA CONTROL. SE REFORMULA MANEJO DE BASE POR 1 MES..

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: DIETA HIPOSODICA HIPOGRASA DESNATADOS Y CARNE MAGRA, EVITAR FRITOS, IDEAL SUDADOS, ASADOS O COCIDOS. DIETA HIPOGLUCIDA FRACCIONADA EN 6 TOMAS. SE SUGIERE CAMINAR 30 MIN DIARIO EN PLANO 5 VECES POR SEMANA AL MENOS Y AUMENTAR FRUTA Y VERDURA EN LA ALIMENTACION DIARIA. SE RECOMIENDA NO FUMAR Y ASISTIR A CONTROLES PROGRAMA ENFERMERIA Y TALLERES DE HTA Y DIABETES. SI PRESENTA: DOLOR PRECORDIAL CEFALEA INTENSA OLIGURIA O DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO O DESCOMPENSACION CONSULTAR POR URGENCIAS

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones multiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificacion (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones multiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (cronica) (periferica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonia, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTE
NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(22/09/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN

(20/06/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN

(08/06/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN

(18/05/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN

(24/04/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN

(19/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(04/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(30/10/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)

(07/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)

(07/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(16/04/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)

(13/11/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(05/11/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(04/10/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(08/11/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(01/06/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(31/01/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(06/09/2017) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(04/09/2017) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(23/08/2017) ¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

(14/06/2017) ¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

(15/05/2017) ¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

DATOS DEL PACIENTE
NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(22/09/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(20/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(08/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(18/05/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(24/04/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(19/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS

(04/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS

(30/10/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(07/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS

(07/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(16/04/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(13/11/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(05/11/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(04/10/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(08/11/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(01/06/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(31/01/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(06/09/2017) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)

(04/09/2017) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO

(15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES**Domicilio**

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
25. Várices: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(31/01/2018,10:05:45)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
25. Várices: No.
1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad médica aguda: No.
25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA IDENTIFICACIÓN: CC 10527165 SEXO: Masculino ETNIA: Indígena

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No.

28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.

- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?

: No.

- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.

10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

- Actualmente fuma?: No.

- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.

- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.

12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.

18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.

19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.

20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.

25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 11. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
- 13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl): No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
- 14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
- 15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl): No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl): No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl): No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl): No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE**04/05/2017 16:39:43. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN****Datos del profesional de la salud: Jose Eduardo Betancourt Guerrero. Reg. Médico. 76303861. Medicina Interna.**

Contrarreferencia. Admisión No. 15319843. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-591456-1-2.

Edad del paciente: 64 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 8380067.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Acompañante: NELSON POLINDARA. Teléfono: 3114208185.

Motivo de consulta: DIABETES.

Enfermedad Actual: DIABETES 2 DE 7 AÑOS DE EVOLUCION.

RECIBE TRATAMIENTO CON METOFORMINA 850 MG CADA 12 HORAS.

HACE DIETA AUNQUE NO ES MUY REGULAR. NO HACE EJERCICIO.

OCUPACION: EN TRAMITOLOGIA.

REFIERE QUE LE APARECIERON EN MIEMBROS INFERIORES DE UN AÑO DE EVOLUCION, LE FORMULARON CREMA PERO NO MEJORÓ..

GLUCOSA PRE 262 MG/DL, POT 329 MG/DL. HB GLICOSILADA EN 12.5%.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general

Frecuencia Cardíaca: 75 Latidos/min

Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min

Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg

Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg

Tensión Arterial Media: 83.3 mmHg

Pulsoximetría (SO₂): 95 %

Peso: 69.4 Kg

Talla: 1.65 m

Índice de Masa Corporal: 25.49

Superficie corporal: 1.81 m²**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.

Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.

Cuello: Sin masas ni adenopatías.

Mama: No evaluada.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.

Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..

Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.

Genitales: No evaluados.

Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.

Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.

Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..

Piel y Faneras: PIGMENTACION OCRE EN MIEMBROS INFERIORES..

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y SOBREPESO, DIABETES FUERA DE METAS. CON HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN 12.5% CON INDICACION SEGUN GUIAS PARA USO DE INSULINA.
SE INICIA INSULINA GLARGINA 10 UNIDADES DIA.

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119), Confirmado repetido, Causa Externa: Enfermedad general.

Diagnóstico Asociado 1: Insuficiencia venosa (cronica) (periferica) (I872), Confirmado repetido.

PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS**FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO**

1. Glucometro: por 2 día(s). Cantidad total: 1, Número de entregas: 1 Recomendaciones: Validar garantía de glucómetro antes de formular..

FÓRMULA MÉDICA - USO CONTINUO

1. Insulina glargina 100UI/ml susp iny Penfill: Inyectar (vía subcutanea) 10 UI en la mañana, por 30 día(s). Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 04/05/2017 - 03/06/2017.

2. Metformina Tab 850mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 12 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 60, Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 04/05/2017- 03/06/2017,

3. Tirillas de glucometría: 1 Unidad cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 04/05/2017- 03/06/2017,

4. Aguja desechable pen 31g x 4mm: Inyectar (vía subcutanea) cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 04/05/2017- 03/06/2017,

5. Lancetas de Glucometría: 1 Unidad cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 04/05/2017- 03/06/2017,

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: CONTROL MEDICINA INTERNA EN UN MES.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificación (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (crónica) (periférica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonía, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(22/09/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(20/06/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(08/06/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(18/05/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(24/04/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(19/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(30/10/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(16/04/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(13/11/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(05/11/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/10/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(08/11/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(01/06/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(31/01/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(06/09/2017) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(04/09/2017) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(23/08/2017) ¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(14/06/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES
(15/05/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(22/09/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(20/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(08/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(18/05/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(24/04/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(19/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
(04/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
(30/10/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
(07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(16/04/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(13/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(05/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(04/10/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(08/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(01/06/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(31/01/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(06/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)
(04/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO
(15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)
(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES
Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA IDENTIFICACIÓN: CC 10527165 SEXO: Masculino ETNIA: Indígena
ESCOLARIDAD: Básica primaria

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Sí, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quién vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplasicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplasicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
25. Várices: No.
1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplasicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ??: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer) : No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA IDENTIFICACIÓN: CC 10527165 SEXO: Masculino ETNIA: Indígena
ESCOLARIDAD: Básica primaria

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA IDENTIFICACIÓN: CC 10527165 SEXO: Masculino ETNIA: Indígena
ESCOLARIDAD: Básica primaria

17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses? : No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses? : No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA IDENTIFICACIÓN: CC 10527165 SEXO: Masculino ETNIA: Indígena
ESCOLARIDAD: Básica primaria

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA IDENTIFICACIÓN: CC 10527165 SEXO: Masculino ETNIA: Indígena
 ESCOLARIDAD: Básica primaria

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
- 19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
- 22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
- 24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
- 25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
- 26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
- 27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
- 28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 16. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años? : No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses? : No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años? : No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer) : No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

14/06/2017 07:11:11. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Felipe Alejandro Muñoz Muñoz. Reg. Médico. 1061735807. Medicina General.

Historia Clínica de Paciente Crónico. Admisión No. 15954152. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-591456-1-2.

Edad del paciente: 64 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Antigüedad Ocupación: 3 año(s).

Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 8380067.

Tipo de atención: Control. Tipo de Programa: Diabetes.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Acompañante: PACIENTE. Motivo de consulta: CONTROL CON RESULTADOS.

Enfermedad Actual: PACIENTE DIABETICO INSULINOREQUIRIENTE CON SOBREPESO EN MANEJO CON FARMACOLOGICO + DIETA SIN DEPORTE, SIN TRIADA CLASICA DIABETICA SINTOMATICA. ACUDE CON EXAMANES DE PYP ACTUALES A REVISION Y A REFORMULACION.

REVISIÓN POR SISTEMAS

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA**DIABETES.**

Fecha de ingreso al programa: 15/01/2015.

Clasificación del pie

1. Clasificación del pie Derecho: Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo.
2. Clasificación del pie Izquierdo: Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo,

Riesgo de la enfermedad

1. Riesgo cardiovascular: 6 - Framingham

Riesgo del pie

1. Riesgo del pie Derecho: Riesgo 0.
2. Riesgo del pie Izquierdo: Riesgo 0,

Incidente / Evento Asociado

1. Incidente o evento asociado a la medicación (Diabetes Mellitus): No

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD..

Fecha de ingreso al programa: 29/06/2016.

Riesgo Cardiovascular

1. Riesgo cardiovascular: 6 - Framingham

Incidente / Evento asociado

1. Incidente o evento asociado a la medicación (Dislipidemia, Sobre peso, Obesidad): No.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Frecuencia Cardíaca: 86 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 14 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 128 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 76 mmHg
Tensión Arterial Media: 93.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 128 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 76 mmHg
Temperatura: 36.6 °C
Peso: 69.8 Kg
Talla: 1.65 m
Índice de Masa Corporal: 25.64
Perímetro Abdominal: 98 cm
Superficie corporal: 1.82 m2

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo, NO DOLOR.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías, NO BOCIO.
Mama: Sin alteraciones.
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: Sin alteraciones.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Mental: Normal.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal, MUCOSAS HUMEDAS, NO DOLOR.

PARACLINICOS DE PROGRAMAS

DIABETES

Fecha de realización: 09/06/2017 00:00:00

1. Hemoglobina glicosilada: 11.4.
2. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
3. Colesterol HDL (mg/dl): 63.3.
4. Colesterol LDL (mg/dl): 132.0.
5. Triglicéridos (mg/dl): 178.0.
6. Creatinina (mg/dl): 0.76.
7. Parcial de Orina: Normal, - Observación: GLUCOSURIA 500.
8. Microalbuminuria (mg/dl): 35.5.
9. Tasa de filtración glomerular: 103.0

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD.

Fecha de realización: 09/06/2017 00:00:00

1. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
2. Colesterol HDL (mg/dl): 63.3.
3. Colesterol LDL (mg/dl): 132.0.
4. Triglicéridos (mg/dl): 178.0.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE CON SOBREPESO Y DIABETES INSULINOREQUIRIENTE EN MANEJO FARMACOLOGICO + DIETA PARCIAL SIN DEPORTE, ASINTOMATICO, CON PARACLINICOS DE PYP CON UROANALISIS Y AZOADOS NORMALES CON GLICOSILADA MUY ALTA EN MEJORIA, LIPIDIOS Y MICROALBUMINURIA ALTERADAS. AL EXAMEN FISICO NORMOTENSO, SOBREPESO, MUCOSAS HUMEDAS, CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES, NO ADENOPATIAS. ERC ESTADIO I A2. SE REFORMULA MANEJO DE BASE POR 3 MESES. SE ORDENA GLUCEMIA PRE Y POST PARA AJUSTE DE HIOGLICEMIANTES POR DIABETES NO CONTROLADA Y CONTROL CON RESULTADOS EN 1 SEMANA. REQUIERE CONTROL EN 3 MESES DE AZOADOS Y NUEVA GLICOSILADA QUE SE ORDENARAN EN PROXIMA CITA. TIENE PENDIENTE CONTROL POR MEDICINA INTERNA QUE NO HA TRAMITADO

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido, Causa Externa: Otra .

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Diagnóstico Asociado 1: Aumento anormal de peso (R635), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido.

Diagnóstico Asociado 2: Hiperlipidemia no especificada (E785), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido.

ADHERENCIA A PROGRAMAS**DIABETES**

Adherencia: El paciente ha asistido ha cumplido con los controles programados. Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los estudios paraclínicos se han realizado de acuerdo a lo ordenado..

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD.

Adherencia: El paciente ha asistido ha cumplido con los controles programados. Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los estudios paraclínicos se han realizado de acuerdo a lo ordenado..

FÓRMULA MÉDICA - USO CONTINUO

1. Tirillas de glucometría: 50 Unidad cada 30 día(s) por 90 día(s). Cantidad total: 150, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 14/06/2017- 12/09/2017,
2. Aguja desechable pen 31G x 5mm CAJ x 100: cada 24 hora(s) por 90 día(s). Cantidad total: 90, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 14/06/2017- 12/09/2017,
3. Lancetas de Glucometría: 50 Unidad cada 30 día(s) por 90 día(s). Cantidad total: 150, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 14/06/2017- 12/09/2017,

FÓRMULA MÉDICA - PROMOCION Y PREVENCIÓN

1. Acetil salicílico ácido Tab 100mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 1 día(s) por 90 día(s). Cantidad total: 90, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 14/06/2017- 12/09/2017,
2. Metformina Tab 850mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 12 hora(s) por 90 día(s). Cantidad total: 180, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 14/06/2017- 12/09/2017,

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita Glucosa pre y post prandial, No. 1, PACIENTE CON SOBREPESO Y DIABETES INSULINOREQUIRIENTE EN MANEJO FARMACOLÓGICO + DIETA PARCIAL SIN DEPORTE, ASINTOMÁTICO, CON PARACLÍNICOS DE PYP CON UROANÁLISIS Y AZOADOS NORMALES CON GLICOSILADA MUY ALTA EN MEJORA, LÍPIDIOS Y MICROALBUMINURIA ALTERADAS. AL EXAMEN FÍSICO NORMOTENSO, SOBREPESO, MUCOSAS HUMEDAS, CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES, NO ADENOPATIAS. ERC ESTADIO I A2. SE REFORMULA MANEJO DE BASE POR 3 MESES. SE ORDENA GLUCEMIA PRE Y POST PARA AJUSTE DE HIOGLICEMIANTES POR DIABETES NO CONTROLADA Y CONTROL CON RESULTADOS EN 1 SEMANA. REQUIERE CONTROL EN 3 MESES DE AZOADOS Y NUEVA GLICOSILADA QUE SE ORDENARAN EN PROXIMA CITA.

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: DIETA HIPOSODICA HIPOGRASA DESNATADOS Y CARNE MAGRA, EVITAR FRITOS, IDEAL SUDADOS, ASADOS O COCIDOS. DIETA HIPOGLUCIDA FRACCIONADA EN 6 TOMAS. SE SUGIERE CAMINAR 30 MIN DIARIO EN PLANO 5 VECES POR SEMANA AL MENOS Y AUMENTAR FRUTA Y VERDURA EN LA ALIMENTACION DIARIA. SE RECOMIENDA NO FUMAR Y ASISTIR A CONTROLES PROGRAMA ENFERMERIA Y TALLERES DE HTA Y DIABETES. SI PRESENTA: DOLOR PRECORDIAL CEFALEA INTENSA OLIGURIA O DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO O DESCOMPENSACION CONSULTAR POR URGENCIAS

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

ATENCIONES DEL PACIENTE

14/06/2017 07:42:33. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Felipe Alejandro Muñoz Muñoz. Reg. Médico. 1061735807. Medicina General.

Historia Clínica de Control. Admisión No. 15954152. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-591456-1-2.

Edad del paciente: 64 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 8380067.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Acompañante: PACIENTE. Motivo de consulta: FOLIO PARA FORMULACION DE INSULINA GLARGINA 10 UI DIA.

Enfermedad Actual: FOLIO PARA FORMULACION DE INSULINA GLARGINA 10 UI DIA.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

FOLIO PARA FORMULACION DE INSULINA GLARGINA 10 UI DIA. SE EXPLICA A PACIENTE E HIJO NECESIDAD DE VOLVER PRONTAMENTE CON REPORTE DE GLICEMIA PRE Y POST PRANDIAL PARA AJUSTE DE MEDICINA DIABETICA Y ORDENAR CONTROL RENAL Y GLICEMICO POSTFECHADO PARA DENTRO DE 3 MESES. ENTIENDEN Y ACEPTAN

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido, Causa Externa: Otra .

FÓRMULA MÉDICA - USO CONTINUO

1. Insulina glargina 100UI/mL Susp iny Jer Prell: Inyectar (vía subcutanea) 10 UI en la tarde, por 90 día(s). Número de entregas: 3. Vigencia del tratamiento: 14/06/2017 - 12/09/2017.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificación (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (crónica) (periférica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonía, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(22/09/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(20/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(08/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(18/05/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(24/04/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(19/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(30/10/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(16/04/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(13/11/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(05/11/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/10/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(08/11/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(01/06/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(31/01/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(06/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(04/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(23/08/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
 ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(14/06/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES
 (15/05/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(22/09/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (20/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (08/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (18/05/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (24/04/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (19/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (04/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (30/10/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (16/04/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (13/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (05/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (04/10/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (08/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (01/06/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (31/01/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (06/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)
 (04/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO
 (15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)
(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES**Domicilio**

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Sí, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quién vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.
- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplasicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más :? No.
- 10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
- 14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
- 19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
- 20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años? : No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer) : No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses? : No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
- 19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
- 22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
- 24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
- 25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
- 26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
- 27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
- 28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 16. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
- 8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
- 12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

23/08/2017 07:21:38. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Felipe Alejandro Muñoz Muñoz. Reg. Médico. 1061735807. Medicina General.

Historia Clínica de Paciente Crónico. Admisión No. 17025713. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-591456-1-2.

Edad del paciente: 64 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Antigüedad Ocupación: 3 año(s).

Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 8380067.

Tipo de atención: Control. Tipo de Programa: Diabetes, Dislipidemia, Sobrepeso, Obesidad..

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Acompañante: PACIENTE. Motivo de consulta: CONTROL DIABETES Y DISLIPIDEMIA.

Enfermedad Actual: PACIENTE CON SOBREPESO Y DIABETES INSULINOREQUIRIENTE EN MANEJO FARMACOLOGICO + DIETA Y DEPORTE PARCIAL. NIEGA TRIADA CLASICA DIABETICA. ACUDE A REFORMULACION PERIODICA..

REVISIÓN POR SISTEMAS

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA**DIABETES.**

Fecha de ingreso al programa: 15/01/2015.

Clasificación del pie

1. Clasificación del pie Derecho: Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo.
2. Clasificación del pie Izquierdo: Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo,

Riesgo de la enfermedad

1. Riesgo cardiovascular: 6 - Framingham

Riesgo del pie

1. Riesgo del pie Derecho: Riesgo 0.
2. Riesgo del pie Izquierdo: Riesgo 0,

Incidente / Evento Asociado

1. Incidente o evento asociado a la medicación (Diabetes Mellitus): No

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD..

Fecha de ingreso al programa: 29/06/2016.

Riesgo Cardiovascular

1. Riesgo cardiovascular: 6 - Framingham

Incidente / Evento asociado

1. Incidente o evento asociado a la medicación (Dislipidemia, Sobre peso, Obesidad): No.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 74 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg
Tensión Arterial Media: 93.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 120 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 80 mmHg
Temperatura: 36.8 °C
Peso: 70 Kg
Talla: 1.65 m
Índice de Masa Corporal: 25.71
Superficie corporal: 1.82 m²

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.

Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.

Cuello: Sin masas ni adenopatías, NO BOCIO.

Mama: Sin alteraciones.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.

Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..

Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.

Genitales: Sin alteraciones.

Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.

Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.

Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.

Mental: Normal.

Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..

Piel y Faneras: NormalIM, NO EDEMAS, HIDRATADO.

PARACLINICOS DE PROGRAMAS**DIABETES**

Fecha de realización: 10/06/2017 00:00:00

1. Hemoglobina glicosilada: 11.4.
2. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
3. Colesterol HDL (mg/dl): 63.3.
4. Colesterol LDL (mg/dl): 132.0.
5. Triglicéridos (mg/dl): 178.0.
6. Creatinina (mg/dl): 0.76.
7. Parcial de Orina: Normal.
8. Microalbuminuria (mg/dl): 35.5.
9. Tasa de filtración glomerular: 103.0

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD.

Fecha de realización: 10/06/2017 00:00:00

1. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
2. Colesterol HDL (mg/dl): 63.3.
3. Colesterol LDL (mg/dl): 132.0.
4. Triglicéridos (mg/dl): 178.0.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE CON DIABETES INSULINOREQUIRIENTE Y DISLIPIDEMIA EN MANEJO FARMACOLOGICO + DIETA Y DEPORTE PARCIAL, ASINTOMATICO, AL EXAMEN FISICO NORMOTENSO, SOBREPESO, HIDRATADO, CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES, NO EDEMAS DE PIES. NO SE REALIZO GLICEMIA ORDENADA NI ACUDIO CON MEDICINA INTERNA PARA CONTROL DIABETICO. SE ORDENA GLICEMIAS, HB GLICOSILADA Y AZOADOS DE CONTROL POR ULTIMOS ALTERADOS. TIENE MEDICACION VIGENTE POR 3 SEMANAS MAS. SE CITA A CONTROL CON RESULTADOS

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido, Causa Externa:Otra .

Diagnóstico Asociado 1: Aumento anormal de peso (R635), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido.

Diagnóstico Asociado 2: Hiperlipidemia no especificada (E785), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

ADHERENCIA A PROGRAMAS**DIABETES**

Adherencia: El paciente ha asistido ha cumplido con los controles programados. Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los estudios paraclínicos se han realizado de acuerdo a lo ordenado..

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD.

Adherencia: El paciente ha asistido ha cumplido con los controles programados. Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los estudios paraclínicos se han realizado de acuerdo a lo ordenado..

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita Microalbuminuria automatizada en orina parcial, No. 1, PACIENTE CON DIABETES INSULINOREQUIRIENTE Y DISLIPIDEMIA EN MANEJO FARMACOLOGICO + DIETA Y DEPORTE PARCIAL, ASINTOMATICO, AL EXAMEN FISICO NORMOTENSO, SOBREPESO, HIDRATADO, CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES, NO EDEMAS DE PIES. NO SE REALIZO GLICEMIA ORDENADA NI ACUDIO CON MEDICINA INTERNA PARA CONTROL DIABETICO. SE ORDENA GLICEMIAS, HB GLICOSILADA Y AZOADOS DE CONTROL POR ULTIMOS ALTERADOS. TIENE MEDICACION VIGENTE POR 3 SEMANAS MAS. SE CITA A CONTROL CON RESULTADOS.
2. Se solicita Hemoglobina glicosilada por anticuerpos monoclonales, No. 1, PACIENTE CON DIABETES INSULINOREQUIRIENTE Y DISLIPIDEMIA EN MANEJO FARMACOLOGICO + DIETA Y DEPORTE PARCIAL, ASINTOMATICO, AL EXAMEN FISICO NORMOTENSO, SOBREPESO, HIDRATADO, CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES, NO EDEMAS DE PIES. NO SE REALIZO GLICEMIA ORDENADA NI ACUDIO CON MEDICINA INTERNA PARA CONTROL DIABETICO. SE ORDENA GLICEMIAS, HB GLICOSILADA Y AZOADOS DE CONTROL POR ULTIMOS ALTERADOS. TIENE MEDICACION VIGENTE POR 3 SEMANAS MAS. SE CITA A CONTROL CON RESULTADOS.
3. Se solicita Creatinina en suero u otros fluidos, No. 1, PACIENTE CON DIABETES INSULINOREQUIRIENTE Y DISLIPIDEMIA EN MANEJO FARMACOLOGICO + DIETA Y DEPORTE PARCIAL, ASINTOMATICO, AL EXAMEN FISICO NORMOTENSO, SOBREPESO, HIDRATADO, CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES, NO EDEMAS DE PIES. NO SE REALIZO GLICEMIA ORDENADA NI ACUDIO CON MEDICINA INTERNA PARA CONTROL DIABETICO. SE ORDENA GLICEMIAS, HB GLICOSILADA Y AZOADOS DE CONTROL POR ULTIMOS ALTERADOS. TIENE MEDICACION VIGENTE POR 3 SEMANAS MAS. SE CITA A CONTROL CON RESULTADOS.
4. Se solicita Glucosa pre y post prandial, No. 1, PACIENTE CON DIABETES INSULINOREQUIRIENTE Y DISLIPIDEMIA EN MANEJO FARMACOLOGICO + DIETA Y DEPORTE PARCIAL, ASINTOMATICO, AL EXAMEN FISICO NORMOTENSO, SOBREPESO, HIDRATADO, CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES, NO EDEMAS DE PIES. NO SE REALIZO GLICEMIA ORDENADA NI ACUDIO CON MEDICINA INTERNA PARA CONTROL DIABETICO. SE ORDENA GLICEMIAS, HB GLICOSILADA Y AZOADOS DE CONTROL POR ULTIMOS ALTERADOS. TIENE MEDICACION VIGENTE POR 3 SEMANAS MAS. SE CITA A CONTROL CON RESULTADOS.
5. Se solicita Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria, No. 1, PACIENTE CON DIABETES INSULINOREQUIRIENTE Y DISLIPIDEMIA EN MANEJO FARMACOLOGICO + DIETA Y DEPORTE PARCIAL, ASINTOMATICO, AL EXAMEN FISICO NORMOTENSO, SOBREPESO, HIDRATADO, CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES, NO EDEMAS DE PIES. NO SE REALIZO GLICEMIA ORDENADA NI ACUDIO CON MEDICINA INTERNA PARA CONTROL DIABETICO. SE ORDENA GLICEMIAS, HB GLICOSILADA Y AZOADOS DE CONTROL POR ULTIMOS ALTERADOS. TIENE MEDICACION VIGENTE POR 3 SEMANAS MAS. SE CITA A CONTROL CON RESULTADOS.

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES**Recomendación 1:**

RECOMENDACIONES GENERALES: DIETA HIPOSODICA HIPOGRASA DESNATADOS Y CARNE MAGRA, EVITAR FRITOS, IDEAL SUDADOS, ASADOS O COCIDOS. DIETA HIPOGLUCIDA FRACCIONADA EN 6 TOMAS. SE SUGIERE CAMINAR 30 MIN DIARIO EN PLANO 5 VECES POR SEMANA AL MENOS Y AUMENTAR FRUTA Y VERDURA EN LA ALIMENTACION DIARIA. SE RECOMIENDA NO FUMAR Y ASISTIR A CONTROLES PROGRAMA ENFERMERIA Y TALLERES DE HTA Y DIABETES. SI PRESENTA: DOLOR PRECORDIAL CEFALEA INTENSA OLIGURIA O DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO O DESCOMPENSACION CONSULTAR POR URGENCIAS

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan



SISTEMA DE REGISTRO CLÍNICO AVICENA

Historia Clínica No. 10527165

Consulta

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulínoddependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulínoddependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificación (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulínoddependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulínoddependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulínoddependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulínoddependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulínoddependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulínoddependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulínoddependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulínoddependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulínoddependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulínoddependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (crónica) (periférica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulínoddependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonía, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulínoddependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(22/09/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(20/06/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(08/06/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(18/05/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(24/04/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(19/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(30/10/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(16/04/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(13/11/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(05/11/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/10/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(08/11/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(01/06/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(31/01/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(06/09/2017) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(04/09/2017) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(23/08/2017) ¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(14/06/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES
(15/05/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(22/09/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(20/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(08/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(18/05/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(24/04/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(19/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
(04/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
(30/10/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
(07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(16/04/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(13/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(05/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(04/10/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(08/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(01/06/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(31/01/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(06/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)
(04/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO
(15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)
(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA IDENTIFICACIÓN: CC 10527165 SEXO: Masculino ETNIA: Indígena
ESCOLARIDAD: Básica primaria

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Sí, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quién vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.
- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplasicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
- 10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
- 14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
- 19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
- 20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ??: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer) : No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA IDENTIFICACIÓN: CC 10527165 SEXO: Masculino ETNIA: Indígena
 ESCOLARIDAD: Básica primaria

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA IDENTIFICACIÓN: CC 10527165 SEXO: Masculino ETNIA: Indígena
ESCOLARIDAD: Básica primaria

17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA IDENTIFICACIÓN: CC 10527165 SEXO: Masculino ETNIA: Indígena
 ESCOLARIDAD: Básica primaria

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
 35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
 : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
 : No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
 : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
 : No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
 : No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
 : No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA IDENTIFICACIÓN: CC 10527165 SEXO: Masculino ETNIA: Indígena
 ESCOLARIDAD: Básica primaria

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
 30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
 : No.
 31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
 : No.
 32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
 : No.
 33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
 34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
 35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
 5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
 9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
 10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
 12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
 13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
 14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
 15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
 16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
 17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
 18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
 : Nunca ha usado.
 19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
 20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
 21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
 22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
 23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
 24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
 25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
 : No.
 26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
 27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
 : Nunca.
 28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
 29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
 30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
 : No.
 31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
 : No.
 32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
 : No.
 33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
 34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
 35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA IDENTIFICACIÓN: CC 10527165 SEXO: Masculino ETNIA: Indígena
 ESCOLARIDAD: Básica primaria

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
- 19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
- 22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
- 24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
- 25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
- 26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
- 27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
- 28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 16. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
- 8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
- 12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

04/09/2017 07:54:46. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Felipe Alejandro Muñoz Muñoz. Reg. Médico. 1061735807. Medicina General.

Historia Clínica de Paciente Crónico. Admisión No. 17231641. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-591456-1-2.

Edad del paciente: 64 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Antigüedad Ocupación: 3 año(s).

Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 8380067.

Tipo de atención: Control. Tipo de Programa: Diabetes, Dislipidemia, Sobrepeso, Obesidad..

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Acompañante: PACIENTE. Motivo de consulta: CONTROL CON RESULTADOS.

Enfermedad Actual: PACIENTE CON DIABETES INSULINOREQUIRIENTE Y DISLIPIDEMIA EN MANEJO FARMACOLOGICO + DIETA Y DEPORTE PARCIAL, SIN TRIADA CLASICA DIABETICA. ACUDE CON PARACLINICOS DE CONTROL Y A REFORMULACION.

REVISIÓN POR SISTEMAS

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA**DIABETES.**

Fecha de ingreso al programa: 15/01/2015.

Clasificación del pie

1. Clasificación del pie Derecho: Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo.
2. Clasificación del pie Izquierdo: Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo,

Riesgo de la enfermedad

1. Riesgo cardiovascular: 6 - Framingham

Riesgo del pie

1. Riesgo del pie Derecho: Riesgo 0.
2. Riesgo del pie Izquierdo: Riesgo 0,

Incidente / Evento Asociado

1. Incidente o evento asociado a la medicación (Diabetes Mellitus): No

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD..

Fecha de ingreso al programa: 29/06/2016.

Riesgo Cardiovascular

1. Riesgo cardiovascular: 6 - Framingham

Incidente / Evento asociado

1. Incidente o evento asociado a la medicación (Dislipidemia, Sobre peso, Obesidad): No.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 84 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 78 mmHg
Tensión Arterial Media: 88.7 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 78 mmHg
Temperatura: 36.5 °C
Peso: 68.7 Kg
Talla: 1.65 m
Índice de Masa Corporal: 25.23
Perímetro Abdominal: 98 cm
Superficie corporal: 1.8 m2

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.

Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.

Cuello: Sin masas ni adenopatías, NO BOCIO.

Mama: Sin alteraciones.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.

Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..

Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.

Genitales: Sin alteraciones.

Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.

Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.

Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.

Mental: Normal.

Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..

Piel y Faneras: Normal, HIDRATADO.

PARACLINICOS DE PROGRAMAS

DIABETES

Fecha de realización: 01/09/2017 00:00:00

1. Glicemia Basal (mg/dl): 266.0.
2. Glicemia Post Prandial (mg/dl): 410.0.
3. Hemoglobina glicosilada: 12.5.
4. Creatinina (mg/dl): 0.71.
5. Parcial de Orina: Normal, - Observación: GLUCOSA 500.
6. Microalbuminuria (mg/dl): 27.0.
7. Tasa de filtración glomerular: 108.0

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD.

Fecha de realización: 11/06/2017 00:00:00

1. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
2. Colesterol HDL (mg/dl): 63.3.
3. Colesterol LDL (mg/dl): 132.0.
4. Triglicéridos (mg/dl): 178.0.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE CON DIABETES INSULINOREQUIRIENTE Y DISLIPIDEMIA EN MANEJO FARMACOLOGICO + DIETA Y DEPORTE, ASINTOMATICO, PARACLINICOS DE CONTROL CON GLICEMIAS Y HB GLICOSILADA MUY ALTERADAS, MICROALBUMINURIA EN MEJORIA PERO FUERA DE METAS CON GLUCOSURIA. CREATININA Y FILTRACION GLOMERULAR NORMALES. REFIERE APLICACION CORRECTA DE INSULINAS Y HABITOS SALUDABLES ADHERENTES. SE ENVIA A ENFERMERIA POR MAL CONTROL. SE AUMENTA INSULIA GLARGINA DE 10 A 14 UNIDADES Y METFORMINA A 3 TAB DIA. SE INDICA ACUDIR POR MEDICINA INTERNA (AGENDA MEDICA EN 3 SEMANAS) PARA AJUSTE GLICEMICO Y CONTROL RENAL YA QUE NO ACUDIO A CITA DE JUNIO 2017. ORDENO GLICEMIA DE CONTROL PARA ENTONCES. CONTROL POR PyP EN 1 MES

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido, Causa Externa: Otra .

Diagnóstico Asociado 1: Aumento anormal de peso (R635), Estado de la enfermedad: Controlado, Confirmado repetido.

Diagnóstico Asociado 2: Hiperlipidemia no especificada (E785), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

ADHERENCIA A PROGRAMAS

DIABETES

Adherencia: El paciente ha asistido ha cumplido con los controles programados. Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los estudios paraclínicos se han realizado de acuerdo a lo ordenado..

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD.

Adherencia: El paciente ha asistido ha cumplido con los controles programados. Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los estudios paraclínicos se han realizado de acuerdo a lo ordenado..

FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO

1. Insulina glargina 100UI/mL Sol iny Jer Prell (PEN) x 3mL: Inyectar (vía subcutanea) 14 UI en la tarde, por 30 día(s).

FÓRMULA MÉDICA - PROMOCION Y PREVENCION

1. Metformina Tab 850mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 8 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 90, Número de entregas: 1

2. Acetil salicílico ácido Tab 100mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 1 día(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita Glucosa pre y post prandial, No. 1, PACIENTE CON DIABETES INSULINOREQUIRIENTE Y DISLIPIDEMIA EN MANEJO FARMACOLOGICO + DIETA Y DEPORTE, ASINTOMATICO, PARACLINICOS DE CONTROL CON GLICEMIAS Y HB GLICOSILADA MUY ALTERADAS, MICROALBUMINURIA EN MEJORIA PERO FUERA DE METAS CON GLUCOSURIA. CREATININA Y FILTRACION GLOMERULAR NORMALES. REFIERE APLICACION CORRECTA DE INSULINAS Y HABITOS SALUDABLES ADHERENTES. SE ENVIA A ENFERMERIA POR MAL CONTROL. SE AUMENTA INSULIA GLARGINA DE 10 A 14 UNIDADES Y METFORMINA A 3 TAB DIA. SE INDICA ACUDIR POR MEDICINA INTERNA PARA AJUSTE GLICEMICO YA QUE NO ACUDIO A CITA DE JUNIO 2017. ORDENO GLICEMIA DE CONTROL PARA ENTONCES. CONTROL POR PpP EN 1 MES, TOMAR 4 DIAS ANTES DE CITA POR MEDICINA INTERNA.

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: DIETA HIPOSODICA HIPOGRASA DESNATADOS Y CARNE MAGRA, EVITAR FRITOS, IDEAL SUDADOS, ASADOS O COCIDOS. DIETA HIPOGLUCIDA FRACCIONADA EN 6 TOMAS. SE SUGIERE CAMINAR 30 MIN DIARIO EN PLANO 5 VECES POR SEMANA AL MENOS Y AUMENTAR FRUTA Y VERDURA EN LA ALIMENTACION DIARIA. SE RECOMIENDA NO FUMAR Y ASISTIR A CONTROLES PROGRAMA ENFERMERIA Y TALLERES DE HTA Y DIABETES. SI PRESENTA: DOLOR PRECORDIAL CEFALEA INTENSA OLIGURIA O DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO O DESCOMPENSACION CONSULTAR POR URGENCIAS

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

ATENCIONES DEL PACIENTE

04/09/2017 08:21:16. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Felipe Alejandro Muñoz Muñoz. Reg. Médico. 1061735807. Medicina General.

Historia Clínica de Control. Admisión No. 17231641. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-591456-1-2.

Edad del paciente: 64 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

clasificados. Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 8380067.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Acompañante: .. Motivo de consulta: FOLIO PARA INSUMOS DE GLUCOMETRO.

Enfermedad Actual: FOLIO PARA INSUMOS DE GLUCOMETRO.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

FOLIO PARA INSUMOS DE GLUCOMETRO

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido, Causa Externa: Otra .

FÓRMULA MÉDICA - USO CONTINUO

1. Tirillas de glucometría: 50 Unidad cada 30 día(s) por 90 día(s). Cantidad total: 150, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 04/09/2017-03/12/2017,
2. Lancetas de Glucometría: 50 Unidad cada 30 día(s) por 90 día(s). Cantidad total: 150, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 04/09/2017-03/12/2017,
3. Aguja desechable pen 31Gx5mm: cada 24 hora(s) por 90 día(s). Cantidad total: 90, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 04/09/2017-03/12/2017,

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulínoddependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulínoddependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificación (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulínoddependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulínoddependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulínoddependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulínoddependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulínoddependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulínoddependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulínoddependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulínoddependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulínoddependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulínoddependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (crónica) (periférica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulínoddependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonía, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulínoddependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(22/09/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(20/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(08/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(18/05/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(24/04/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(19/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(30/10/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(16/04/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(13/11/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(05/11/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/10/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(08/11/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(01/06/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(31/01/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(06/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(04/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(23/08/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
 ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(14/06/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES
 (15/05/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(22/09/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (20/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (08/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (18/05/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (24/04/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (19/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (04/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (30/10/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (16/04/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (13/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (05/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (04/10/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (08/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (01/06/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (31/01/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (06/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)
 (04/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO
 (15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)
(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Sí, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quién vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.
- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
- 10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
- 14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
- 19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
- 20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ??: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer) : No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
- 19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
- 22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
- 24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
- 25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
- 26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
- 27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
- 28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 16. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
- 8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
- 12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

31/01/2018 10:05:45. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Maria Beatriz Sarria Bustamante. Reg. Médico. 34555509. Medicina General.

Historia Clínica de Paciente Crónico. Admisión No. 19801073. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-591456-1-2.

Edad del paciente: 64 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Antigüedad Ocupación: 20 año(s).

Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 8380067.

Tipo de atención: Control. Tipo de Programa: Diabetes, Dislipidemia, Sobrepeso, Obesidad..

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Acompañante: NILSON POLINDARA . Teléfono: 3154530825.

Motivo de consulta: CONTROL .

Enfermedad Actual: PTE DBT TIPO 2 IR DESDE HACE 10 AÑOS CON ABANDONO DEL TTO HACE MAS DE 6 MESES PORQUE LOS TRAMITE S ADMINSTRATIVOS PARA QUE LE DEN LOS MEDICAMENOS SON MUCHS REFEIRE ADEMANS QUE LA METFORMINA DE LA FORA QUE SEA Y LA DOSIS QUE SEA LE PRODUCE DIARREA

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

NIEGA SED POLIURIA POLIDIPSIA VISION BORROSO NO PERDIDA DE PESO
EL PTE NIEGA INGESTA D ELICOR PERO SU HIJO REPFER CONSUME FRECUNETEMENTE
NO ES CLARO DIETA ADECUADA .

REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 70 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 20 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg
Tensión Arterial Media: 93.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 120 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 80 mmHg
Temperatura: 36 °C
Peso: 68.7 Kg
Talla: 1.65 m
Índice de Masa Corporal: 25.23 (kg/m2) -Sobrepeso
Circunferencia de la cintura: 97 cm -Obesidad central
Superficie corporal: 1.8 m2

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: RESEQUEDAD PEIL EN PIERNA .

PARACLINICOS DE PROGRAMAS

DIABETES

Fecha de realización: 02/09/2017 00:00:00

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

1. Glicemia Basal (mg/dl): 266.0.
2. Glicemia Post Prandial (mg/dl): 410.0.
3. Hemoglobina glicosilada: 12.5.
4. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
5. Colesterol HDL (mg/dl): 63.3.
6. Colesterol LDL (mg/dl): 132.0.
7. Triglicéridos (mg/dl): 178.0.
8. Creatinina (mg/dl): 0.71.
9. Parcial de Orina: Normal.
10. Microalbuminuria (mg/dl): 27.0.
11. Tasa de filtración glomerular: 108.0.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PTE DBT IR Y TTO ORAL NO ADHERNETE AL TTO DIETA REFEIRE INCONVENIENTES CO N SUMINSTRO DE LA MEDICAION Y LA AUTORIZACION DE LAB NO USA MEDCAION ACE AMNS DE 6 MESES NO TOERA HIPOGLICMEINATE ORAL SE ORDENA LAB PARARETOMA R TTO SE LE EXPLCIA SOBRE EL RIESGO DE LESIO N ORGNAOS BLANCOS AL PTE E HIJO

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109), Estado de la enfermedad: No Controlado, Clasificacion de la enfermedad: Diabetes tipo 2, Confirmado repetido, Causa Externa: Otra .

ADHERENCIA A PROGRAMAS
DIABETES

Adherencia: El paciente ha asistido a los siguientes talleres _____ POCO ADHERNETE AL TTO DIETA Y EJERCICIO y ha cumplido con los controles programados. Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los estudios paraclínicos se han realizado de acuerdo a lo ordenado..

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita Microalbuminuria automatizada en orina parcial, No. 1, PTE DBT IR Y TTO ORAL NO ADHERNETE AL TTO DIETA REFEIRE INCONVENIENTES CO N SUMINSTRO DE LA MEDICAION Y LA AUTORIZACION DE LAB NO USA MEDCAION ACE AMNS DE 6 MESES NO TOERA HIPOGLICMEINATE ORAL SE ORDENA LAB PARARETOMA R TTO SE LE EXPLCIA SOBRE EL RIESGO DE LESIO N ORGNAOS BLANCOS AL PTE E HIJO.
2. Se solicita Hemoglobina glicosilada por cromatografía de columna, No. 1, PTE DBT IR Y TTO ORAL NO ADHERNETE AL TTO DIETA REFEIRE INCONVENIENTES CO N SUMINSTRO DE LA MEDICAION Y LA AUTORIZACION DE LAB NO USA MEDCAION ACE AMNS DE 6 MESES NO TOERA HIPOGLICMEINATE ORAL SE ORDENA LAB PARARETOMA R TTO SE LE EXPLCIA SOBRE EL RIESGO DE LESIO N ORGNAOS BLANCOS AL PTE E HIJO.
3. Se solicita Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria, No. 1, PTE DBT IR Y TTO ORAL NO ADHERNETE AL TTO DIETA REFEIRE INCONVENIENTES CO N SUMINSTRO DE LA MEDICAION Y LA AUTORIZACION DE LAB NO USA MEDCAION ACE AMNS DE 6 MESES NO TOERA HIPOGLICMEINATE ORAL SE ORDENA LAB PARARETOMA R TTO SE LE EXPLCIA SOBRE EL RIESGO DE LESIO N ORGNAOS BLANCOS AL PTE E HIJO.
4. Se solicita Triglicéridos, No. 1, PTE DBT IR Y TTO ORAL NO ADHERNETE AL TTO DIETA REFEIRE INCONVENIENTES CO N SUMINSTRO DE LA MEDICAION Y LA AUTORIZACION DE LAB NO USA MEDCAION ACE AMNS DE 6 MESES NO TOERA HIPOGLICMEINATE ORAL SE ORDENA LAB PARARETOMA R TTO SE LE EXPLCIA SOBRE EL RIESGO DE LESIO N ORGNAOS BLANCOS AL PTE E HIJO.
5. Se solicita Colesterol total, No. 1, PTE DBT IR Y TTO ORAL NO ADHERNETE AL TTO DIETA REFEIRE INCONVENIENTES CO N SUMINSTRO DE LA MEDICAION Y LA AUTORIZACION DE LAB NO USA MEDCAION ACE AMNS DE 6 MESES NO TOERA HIPOGLICMEINATE ORAL SE ORDENA LAB PARARETOMA R TTO SE LE EXPLCIA SOBRE EL RIESGO DE LESIO N ORGNAOS BLANCOS AL PTE E HIJO.
6. Se solicita Creatinina en suero u otros fluidos, No. 1, PTE DBT IR Y TTO ORAL NO ADHERNETE AL TTO DIETA REFEIRE INCONVENIENTES CO N SUMINSTRO DE LA MEDICAION Y LA AUTORIZACION DE LAB NO USA MEDCAION ACE AMNS DE 6 MESES NO TOERA HIPOGLICMEINATE ORAL SE ORDENA LAB PARARETOMA R TTO SE LE EXPLCIA SOBRE EL RIESGO DE LESIO N ORGNAOS BLANCOS AL PTE E HIJO.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se solicita Colesterol de alta densidad [HDL], No. 1, PTE DBT IR Y TTO ORAL NO ADHERNETE AL TTO DIETA REFEIRE INCONVENIENTES CO N SUMINSTRO DE LA MEDICAION Y LA AUTORIZACION DE LAB NO USA MEDCIAION ACE AMNS DE 6 MESES NO TOERA HIPOGLICMEINATE ORAL SE ORDENA LAB PARARETOMA R TTO SE LE EXPLCIA SOBRE EL RIESGO DE LESIO N ORGNAOS BLANCOS AL PTE E HIJO.

8. Se solicita Glucosa en suero, LCR u otro fluido diferente a orina, No. 1, PTE DBT IR Y TTO ORAL NO ADHERNETE AL TTO DIETA REFEIRE INCONVENIENTES CO N SUMINSTRO DE LA MEDICAION Y LA AUTORIZACION DE LAB NO USA MEDCIAION ACE AMNS DE 6 MESES NO TOERA HIPOGLICMEINATE ORAL SE ORDENA LAB PARARETOMA R TTO SE LE EXPLCIA SOBRE EL RIESGO DE LESIO N ORGNAOS BLANCOS AL PTE E HIJO.

9. Se solicita Electrocardiograma de ritmo o de superficie SOD, No. 1, PTE DBT IR Y TTO ORAL NO ADHERNETE AL TTO DIETA REFEIRE INCONVENIENTES CO N SUMINSTRO DE LA MEDICAION Y LA AUTORIZACION DE LAB NO USA MEDCIAION ACE AMNS DE 6 MESES NO TOERA HIPOGLICMEINATE ORAL SE ORDENA LAB PARARETOMA R TTO SE LE EXPLCIA SOBRE EL RIESGO DE LESIO N ORGNAOS BLANCOS AL PTE E HIJO.

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES**Recomendación 1:**

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: SE INSISTE AL PTE EN LA IMPORTANCIA DE ASISITR A CONTROLES TOMAR MEDICION REALIZAR LOLSLAB SE EXPICA COMO FUCNIOAL TRAMISTE S ADMINISTRATIVOS SE CITA CO N REPORTES D ELAB SE ISNSITEEN DIETA NO LICOR CUIDAO D E LOSP PIE S ASISITR ATALLERES EDCUATIVOS

RECOMENDACIONES GENERALES: Automedición con glucómetro. Para aclarar cualquier duda comuníquese con su médico tratante o con el equipo de salud del programa. Control oftalmológico anual. Cuidado de los pies: remoje y lave los pies con agua tibia todas las noches, seque los bien y aplique alcohol con gasa humedecida. Las callosidades deben ser tratadas por médico entrenado en pie diabético. Consultar si aparecen manchas, heridas, ampollas, úlceras, calambres, inflamación o dolor. No utilice medios externos de calefacción en contacto directo con la piel, medias húmedas, gruesas, estrechas, con costuras o labrado, ni camine descalzo. Antes de caminar lubrique la piel con crema y utilice tenis. Calzado: que no genere zonas de presión ni roces constantes, sin contrafuerte demasiado curvo, ni de plástico ni de goma, no puntudos, con bordes bajos en los tobillos, con lengüetas cortas, con tacones menores de 3 cms, sin correas ni hebillas, tenis con cámara de aire. Compre calzado en las tardes y mídase ambos zapatos, use el calzado nuevo gradualmente, revise el calzado antes de ponérselo, no se lo ponga húmedo ni lo seque con ninguna fuente de calor. Cuidado uñas de los pies: No cortarlas, limarlas con regularidad, sin dejar bordes irregulares. No cortar el borde libre cercano a la piel. Si tiene limitación física o visual acuda a una persona entrenada para arreglarse las uñas. No pintarlas con esmalte. No molestarse las uñas encarnadas. No fumar. Tomar medicamentos en la hora indicada por el médico.

ACTIVIDAD FÍSICA: Ejercicio de intensidad ligera a moderada, durante mínimo 30 minutos, mínimo 3 días/semana.

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS: Dieta con bajo contenido de carbohidratos (almidones, granos, fruta, lácteos y dulces). Comer a horas pre-establecidas. Evitar tiempos de ayuno prolongados. 5 comidas/día. Reducción de las grasas. Aumento en el consumo de fibra.

CUIDADO Y USO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS: Glucometría: antes y dos horas de haber tomado los alimentos. Si el resultado después de comer es mayor a 50 mg/dl en comparación al resultado antes de comer; ingiera una porción menor de carbohidratos en la próxima ocasión.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificación (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (crónica) (periférica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonía, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(22/09/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(20/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(08/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(18/05/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(24/04/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(19/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(30/10/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(16/04/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(13/11/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(05/11/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/10/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(08/11/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(01/06/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(31/01/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(06/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(04/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(23/08/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
 ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(14/06/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES
 (15/05/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(22/09/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (20/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (08/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (18/05/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (24/04/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (19/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (04/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (30/10/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (16/04/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (13/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (05/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (04/10/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (08/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (01/06/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (31/01/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (06/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)
 (04/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO
 (15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES**Domicilio**

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Sí, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quién vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.
- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
- 10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
- 14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
- 19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
- 20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ??: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer) : No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años? : No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer) : No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses? : No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
- 19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
- 22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
- 24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
- 25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
- 26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
- 27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
- 28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 16. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
- 8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
- 12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

01/06/2018 11:51:17. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Maria Beatriz Sarria Bustamante. Reg. Médico. 34555509. Medicina General.

Historia Clínica de Paciente Crónico. Admisión No. 22302140. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-591456-1-2.

Edad del paciente: 65 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Antigüedad Ocupación: 20 año(s).

Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 8380067.

Tipo de atención: Control. Tipo de Programa: Diabetes, Dislipidemia, Sobrepeso, Obesidad..

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Acompañante: ACUDE SOLO . Teléfono: 3154530825.

Motivo de consulta: Control .

Enfermedad Actual: pte dbt tipo 2 sin control metabólico inasistente a las citas no adherente a dieta al aperecer ingiere licor no fuma al tto insulina y tto oral refiere la metformina le produce diarrea o asiste a la s citas no recoge los medicamentos en la s fecha s ordenads hace 5 meses s

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

ordenaron lab pararetomar tto no los realzo enfermeria ordeno nuevamente paraclincios del 23.05.2018 ct 226 micro 26.30 cr 0.75 hb glicosilada 14.8 hl 62 ldl 130 urianalisis glicosuria tg 170 glicemia 265.

REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA**DIABETES.**

Fecha de ingreso al programa: 15/01/2015.

Estancia en el programa: 3 años, 4 mes(es), 17 dia(s).

Clasificación del pie

1. Clasificación del pie Derecho: Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo.
2. Clasificación del pie Izquierdo: Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo,

Riesgo de la enfermedad

1. Riesgo cardiovascular: 6 - Framingham

Riesgo del pie

1. Riesgo del pie Derecho: Riesgo 0.
2. Riesgo del pie Izquierdo: Riesgo 0,

Incidente / Evento Asociado

1. Incidente o evento asociado a la medicación (Diabetes Mellitus): No

Seguimiento

1. Egreso del programa: No

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD..

Fecha de ingreso al programa: 29/06/2016.

Estancia en el programa: 1 años, 11 mes(es), 3 dia(s).

Riesgo Cardiovascular

1. Riesgo cardiovascular: 6 - Framingham

Incidente / Evento asociado

1. Incidente o evento asociado a la medicación (Dislipidemia, Sobrepeso, Obesidad): No.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 70 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg
Tensión Arterial Media: 93.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 120 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 80 mmHg
Temperatura: 36 °C
Peso: 68 Kg
Talla: 1.65 m
Índice de Masa Corporal: 24.98 (kg/m²) -Normal
Circunferencia de la cintura: 97 cm
Superficie corporal: 1.79 m²

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.

Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.

Cuello: Sin masas ni adenopatías.

Mama: No evaluada.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.

Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..

Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.

Genitales: No evaluados.

Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.

Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.

Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.

Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..

Piel y Faneras: Normal.

PARACLINICOS DE PROGRAMAS**DIABETES**

Fecha de realización: 23/05/2018 00:00:00

1. Glicemia Basal (mg/dl): 265.0.
2. Hemoglobina glicosilada: 14.8.
3. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
4. Colesterol HDL (mg/dl): 62.0.
5. Colesterol LDL (mg/dl): 130.0.
6. Triglicéridos (mg/dl): 170.0.
7. Creatinina (mg/dl): 0.75.
8. Parcial de Orina: Anormal, - Observación: glucosuria.
9. Microalbuminuria (mg/dl): 26.30.
10. Tasa de filtración glomerular: 96.0

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD.

Fecha de realización: 23/05/2018 00:00:00

1. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
2. Colesterol HDL (mg/dl): 62.0.
3. Colesterol LDL (mg/dl): 130.0.
4. Triglicéridos (mg/dl): 170.0.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PTE DE 65 AÑOS DBT TIPO 2 NO CONTROLADO NO ADHERNETE AL USO D EMEDKCOI N INSULINA PO ASISYE A LA S CITA S
REGULARMETE NO TIENE DIETA ADECUADA SE REALZAI CITA ASISITIDA CON MEFD FAMILIA R DECIDE INCI O VILDAGLIPTINA/

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

METFORMINA 50/1000 MG 2 DIA
SE DEJA MISMA DOSIS DE INSULINA CITA EN UN MES CON GLUCOMETRIAS

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109), Estado de la enfermedad: No Controlado, Clasificación de la enfermedad: Diabetes tipo 2, Confirmado repetido, Causa Externa: Otra.

ADHERENCIA A PROGRAMAS**DIABETES**

Adherencia: El paciente ha asistido a los siguientes talleres _____ POCO ADHERENTE AL TTO DIETA Y EJERCICIO y ha cumplido con los controles programados. Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los estudios paraclínicos se han realizado de acuerdo a lo ordenado..

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD.

Adherencia: El paciente ha asistido a los siguientes talleres _____ POCO ADHERENTE AL TTO DIETA Y EJERCICIO y ha cumplido con los controles programados. Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los estudios paraclínicos se han realizado de acuerdo a lo ordenado..

PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS**FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO**

1. Insulina glargina 100UI/mL Sol iny Jer Prell (PEN) x 3mL: Inyectar (vía subcutánea) 10 UI en la tarde, por 30 día(s).
2. Aguja desechable pen 31g x 4mm: cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1
3. Lancetas de Glucometría: 50 Unidad cada 30 día(s) por 30 día(s). Cantidad total: 50, Número de entregas: 1
4. Tirillas de glucometría: 50 Unidad cada 30 día(s) por 30 día(s). Cantidad total: 50, Número de entregas: 1
5. Glucometro: por 1 día(s). Cantidad total: 1, Número de entregas: 1 Recomendaciones: Validar garantía de glucómetro antes de formular..

FÓRMULA MÉDICA - USO CONTINUO

1. Metformina + Vildagliptina (1000+50)mg tab: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 12 hora(s) por 90 día(s). Cantidad total: 180, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 01/06/2018- 30/08/2018,

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA, No. 1, PTE DE 65 AÑOS DBT TIPO 2 NO CONTROLADO NO ADHERENTE AL USO DE MEDICACIÓN INSULINA POR ASISTIR A LA S CITA S REGULARMENTE NO TIENE DIETA ADECUADA SE REALIZA CITA ASISTIDA CON MEFD FAMILIA R DECIDE INICIAR VILDAGLIPTINA/METFORMINA 50/1000 MG 2 DIA SE DEJA MISMA DOSIS DE INSULINA CITA EN UN MES CON GLUCOMETRIAS.

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES**Recomendación 1:**

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: SE INSSISTE EN DIETA Estricta Cuidado de los pies uso correcto de la insulina rotando sitios de aplicación asistir a los controles y talleres educativos se da a oirrend e vildagliptina/metformina 50/1000 mg 2 dia por 90 dias 20180601156006457953

RECOMENDACIONES GENERALES: Automedición con glucómetro. Para aclarar cualquier duda comuníquese con su médico tratante o con el equipo de salud del programa. Control oftalmológico anual. Cuidado de los pies: remoje y lave los pies con agua tibia todas las noches, séquelos bien y aplique alcohol con gasa humedecida. Las callosidades deben ser tratadas por médico entrenado en pie diabético. Consultar si aparecen manchas, heridas, ampollas,

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

ulceras, calambres, inflamación o dolor.No utilice medios externos de calefacción en contacto directo con la piel, medias húmedas, gruesas, estrechas, con consturas o labrado, ni camine descalzo.Antes de caminar lubrique la piel con crema y utilice tenis.Calzado: que no genere zonas de presión ni roces constantes, sin contrafuerte demasiado curvo, ni de plástico ni de goma, no puntudos, con bordes bajos en los tobillos, con lenguetas cortas, con tacones menores de 3 cms, sin correas ni hebillas, tenis con cámara de aire.Compre calzado en las tardes y mídase ambos zapatos, use el calzado nuevo gradualmente, revise el calzado antes de ponérselo, no se lo ponga húmedo ni lo seque con ninguna fuente de calor.Cuidado uñas de los pies: No cortarlas, limarlas con regularidad, sin dejar bordes irregulares.No cortar el borde libre cercano a la piel.Si tiene limitación física o visual acuda a una persona entrenada para arreglarse las uñas.No pintarlas con esmalte.No molestarse las uñas encarnadas.No fumar.Tomar medicamentos en la hora indicada por el médico.

ACTIVIDAD FÍSICA: Ejercicio de intensidad ligera a moderada, durante mínimo 30 minutos, mínimo 3 días/semana.

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS: Dieta con bajo contenido de carbohidratos (almidones, granos, fruta, lácteos y dulces).Comer a horas pre-establecidas. Evitar tiempos de ayuno prolongados.5 comidas/día.Reducción de las grasas.Aumento en el consumo de fibra.

CUIDADO Y USO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS: Glucometría: antes y dos horas de haber tomado los alimentos.Si el resultado despues de comer es mayor a 50 mg/dl en comparación al resultado antes de comer; ingiera una porción menor de carbohidratos en la próxima ocasión.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificación (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (crónica) (periférica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonía, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(22/09/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(20/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(08/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(18/05/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(24/04/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(19/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(30/10/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(16/04/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(13/11/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(05/11/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/10/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(08/11/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(01/06/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(31/01/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(06/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(04/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(23/08/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
 ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(14/06/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES
 (15/05/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FÍSICA

(22/09/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (20/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (08/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (18/05/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (24/04/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (19/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (04/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (30/10/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (16/04/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (13/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (05/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (04/10/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (08/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (01/06/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (31/01/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (06/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)
 (04/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO
 (15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)
(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)**- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES****Domicilio**

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Sí, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quién vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.
- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
- 10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
- 14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
- 19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
- 20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ??: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer) : No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA IDENTIFICACIÓN: CC 10527165 SEXO: Masculino ETNIA: Indígena
 ESCOLARIDAD: Básica primaria

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
- 19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
- 22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
- 24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
- 25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
- 26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
- 27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
- 28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 16. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
- 8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
- 12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

08/11/2018 10:54:09. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Maria Beatriz Sarria Bustamante. Reg. Médico. 34555509. Medicina General.

Historia Clínica de Paciente Crónico. Admisión No. 25857887. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-591456-1-2.

Edad del paciente: 65 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Antigüedad Ocupación: 20 año(s).

Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 8380067.

Tipo de atención: Control. Tipo de Programa: Diabetes, Dislipidemia, Sobrepeso, Obesidad..

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Acompañante: ACUDE SOLO. Teléfono: 3154530825.

Motivo de consulta: CONTROL.

Enfermedad Actual: Paciente diabetico tipo 2 insulinoquiriente ademans de oral combinado no asiste a contol desde hace 6 meses segun el paciente nuca le autorizaron glucometro en la eps (ordenado en 2 ocacione s med ientna y por programa) por esto nunca se aplico la insulina refeire el galvus met tambien le da diarrea el paciente es enfatico en que no le autorizan los medicamentos y los que toman le caen mal no esta

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

realizando actualmente ninguna tratamiento
llama la atención que el paciente no es adherente al manejo y cuando asiste siempre refiere algún inconveniente administrativo
niega sed, disnea, visión borrosa, pérdida de peso
refiere estar tomando jugo de naranja, coque y habichuela
Refiere ingiere alcohol ocasional.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 70 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 75 mmHg
Tensión Arterial Media: 90 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 120 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 80 mmHg
Temperatura: 36 °C
Peso: 65.5 Kg
Talla: 1.65 m
Índice de Masa Corporal: 24.06 (kg/m²) -Normal
Circunferencia de la cintura: 95 cm
Superficie corporal: 1.75 m²

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.

PARACLINICOS DE PROGRAMAS**DIABETES**

Fecha de realización: 25/05/2018 00:00:00

1. Glicemia Basal (mg/dl): 265.0.
2. Glicemia 2 horas Postprandial (mg/dl): 410.0.
3. Hemoglobina glicosilada: 14.8.
4. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
5. Colesterol HDL (mg/dl): 62.0.
6. Colesterol LDL (mg/dl): 130.0.
7. Triglicéridos (mg/dl): 170.0.
8. Creatinina (mg/dl): 0.75.
9. Parcial de Orina: Anormal.
10. Microalbuminuria (mg/l): 26.30.
11. Tasa de filtración glomerular (TFG): 96.0.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

PACIENTE DE 65 AÑOS DOIABETICO TIPO 2 SIN MANEJO ACTUAL NO SIGUE LA S RECOEMDADIOENS SSIEMRPEREFEIRE PROBLEMA SADMINSTRATIVOS PARA ENTREGA DE LA MAEDCIACO N ADEMANS QUE LOS COMPUESTOS CON METFORMA LE PRODUCEN DIARREA

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus insulínica sin complicación (E109), Estado de la enfermedad: No Controlado, Clasificación de la enfermedad: Diabetes tipo 2, Confirmado repetido, Causa Externa: Otra .

ADHERENCIA A PROGRAMAS**DIABETES**

Adherencia: El paciente ha asistido a los siguientes talleres _____ POCO ADHERNETE AL TTO DIETA Y EJERCICIO y ha cumplido con los controles programados. Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los estudios paraclínicos se han realizado de acuerdo a lo ordenado..

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD.

Adherencia: El paciente ha asistido a los siguientes talleres _____ POCO ADHERNETE AL TTO DIETA Y EJERCICIO y ha cumplido con los controles programados. Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los estudios paraclínicos se han realizado de acuerdo a lo ordenado..

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita UROANALISIS, No. 1, PACIENTE DE 65 AÑOS DOIABETICO TIPO 2 SIN MANEJO ACTUAL NO SIGUE LA S RECOEMDADIOENS SSIEMRPEREFEIRE PROBLEMA SADMINSTRATIVOS PARA ENTREGA DE LA MAEDCIACO N ADEMANS QUE LOS COMPUESTOS CON METFORMA LE PRODUCEN DIARREA.
2. Se solicita Triglicéridos, No. 1, PACIENTE DE 65 AÑOS DOIABETICO TIPO 2 SIN MANEJO ACTUAL NO SIGUE LA S RECOEMDADIOENS SSIEMRPEREFEIRE PROBLEMA SADMINSTRATIVOS PARA ENTREGA DE LA MAEDCIACO N ADEMANS QUE LOS COMPUESTOS CON METFORMA LE PRODUCEN DIARREA.
3. Se solicita COLESTEROL TOTAL, No. 1, PACIENTE DE 65 AÑOS DOIABETICO TIPO 2 SIN MANEJO ACTUAL NO SIGUE LA S RECOEMDADIOENS SSIEMRPEREFEIRE PROBLEMA SADMINSTRATIVOS PARA ENTREGA DE LA MAEDCIACO N ADEMANS QUE LOS COMPUESTOS CON METFORMA LE PRODUCEN DIARREA.
4. Se solicita CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS, No. 1, PACIENTE DE 65 AÑOS DOIABETICO TIPO 2 SIN MANEJO ACTUAL NO SIGUE LA S RECOEMDADIOENS SSIEMRPEREFEIRE PROBLEMA SADMINSTRATIVOS PARA ENTREGA DE LA MAEDCIACO N ADEMANS QUE LOS COMPUESTOS CON METFORMA LE PRODUCEN DIARREA.
5. Se solicita HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA, No. 1, PACIENTE DE 65 AÑOS DOIABETICO TIPO 2 SIN MANEJO ACTUAL NO SIGUE LA S RECOEMDADIOENS SSIEMRPEREFEIRE PROBLEMA SADMINSTRATIVOS PARA ENTREGA DE LA MAEDCIACO N ADEMANS QUE LOS COMPUESTOS CON METFORMA LE PRODUCEN DIARREA.
6. Se solicita MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL, No. 1, PACIENTE DE 65 AÑOS DOIABETICO TIPO 2 SIN MANEJO ACTUAL NO SIGUE LA S RECOEMDADIOENS SSIEMRPEREFEIRE PROBLEMA SADMINSTRATIVOS PARA ENTREGA DE LA MAEDCIACO N ADEMANS QUE LOS COMPUESTOS CON METFORMA LE PRODUCEN DIARREA.
7. Se solicita GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA, No. 1, PACIENTE DE 65 AÑOS DOIABETICO TIPO 2 SIN MANEJO ACTUAL NO SIGUE LA S RECOEMDADIOENS SSIEMRPEREFEIRE PROBLEMA SADMINSTRATIVOS PARA ENTREGA DE LA MAEDCIACO N ADEMANS QUE LOS COMPUESTOS CON METFORMA LE PRODUCEN DIARREA.
8. Se solicita COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD, No. 1, PACIENTE DE 65 AÑOS DOIABETICO TIPO 2 SIN MANEJO ACTUAL NO SIGUE LA S RECOEMDADIOENS SSIEMRPEREFEIRE PROBLEMA SADMINSTRATIVOS PARA ENTREGA DE LA MAEDCIACO N ADEMANS QUE LOS COMPUESTOS CON METFORMA LE PRODUCEN DIARREA.

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES**Recomendación 1:**

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: SE EXPLICA AL PACIENTE LA IMPORTANCIA DE TOAM ADECUADA D ELOS MEDICAMENTOS USOP DE LA INSULIAN CUIDADO D ELOS PIE S ASISITR A LAS CITA S SEGUIR LAS RECOMENDACIONES

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

SS PARACLINICO Y CITA CON REPORTES

RECOMENDACIONES GENERALES: Automedición con glucómetro. Para aclarar cualquier duda comuníquese con su médico tratante o con el equipo de salud del programa. Control oftalmológico anual. Cuidado de los pies: remoje y lave los pies con agua tibia todas las noches, séquelos bien y aplique alcohol con gasa humedecida. Las callosidades deben ser tratadas por médico entrenado en pie diabético. Consultar si aparecen manchas, heridas, ampollas, úlceras, calambres, inflamación o dolor. No utilice medios externos de calefacción en contacto directo con la piel, medias húmedas, gruesas, estrechas, con costuras o labrado, ni camine descalzo. Antes de caminar lubrique la piel con crema y utilice tenis. Calzado: que no genere zonas de presión ni roces constantes, sin contrafuerte demasiado curvo, ni de plástico ni de goma, no puntudos, con bordes bajos en los tobillos, con lengüetas cortas, con tacones menores de 3 cms, sin correas ni hebillas, tenis con cámara de aire. Compre calzado en las tardes y mídase ambos zapatos, use el calzado nuevo gradualmente, revise el calzado antes de ponérselo, no se lo ponga húmedo ni lo seque con ninguna fuente de calor. Cuidado uñas de los pies: No cortarlas, limarlas con regularidad, sin dejar bordes irregulares. No cortar el borde libre cercano a la piel. Si tiene limitación física o visual acuda a una persona entrenada para arreglarse las uñas. No pintarlas con esmalte. No molestarse las uñas encarnadas. No fumar. Tomar medicamentos en la hora indicada por el médico.

ACTIVIDAD FÍSICA: Ejercicio de intensidad ligera a moderada, durante mínimo 30 minutos, mínimo 3 días/semana.

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS: Dieta con bajo contenido de carbohidratos (almidones, granos, fruta, lácteos y dulces). Comer a horas pre-establecidas. Evitar tiempos de ayuno prolongados. 5 comidas/día. Reducción de las grasas. Aumento en el consumo de fibra.

CUIDADO Y USO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS: Glucometría: antes y dos horas de haber tomado los alimentos. Si el resultado después de comer es mayor a 50 mg/dl en comparación al resultado antes de comer, ingiera una porción menor de carbohidratos en la próxima ocasión.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones multiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificacion (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones multiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (cronica) (periferica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonia, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTE
NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(22/09/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN

(20/06/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN

(08/06/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN

(18/05/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN

(24/04/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN

(19/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(04/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(30/10/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)

(07/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)

(07/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(16/04/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)

(13/11/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(05/11/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(04/10/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(08/11/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(01/06/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(31/01/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(06/09/2017) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(04/09/2017) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(23/08/2017) ¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

(14/06/2017) ¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

(15/05/2017) ¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

DATOS DEL PACIENTE
NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(22/09/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(20/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(08/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(18/05/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(24/04/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(19/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS

(04/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS

(30/10/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(07/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS

(07/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(16/04/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(13/11/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(05/11/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(04/10/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(08/11/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(01/06/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(31/01/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(06/09/2017) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)

(04/09/2017) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO

(15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES**Domicilio**

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
25. Várices: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(31/01/2018,10:05:45)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
25. Várices: No.
1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad médica aguda: No.
25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE
NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

DATOS DEL PACIENTE
NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA IDENTIFICACIÓN: CC 10527165 SEXO: Masculino ETNIA: Indígena

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No.

28. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.

- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?

: No.

- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.

10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

- Actualmente fuma?: No.

- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.

- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.

12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.

18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.

19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.

20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.

25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 11. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
- 13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl): No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
- 14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
- 15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)?: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)?: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)?: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA IDENTIFICACIÓN: CC 10527165 SEXO: Masculino ETNIA: Indígena

- 8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
- 9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
- 10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
- 11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- 13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

04/10/2019 12:40:24. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Maria Beatriz Sarria Bustamante. Reg. Médico. 34555509. Medicina General.

Historia Clínica de Paciente Crónico. Admisión No. 34670251. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-591456-1-2.

Edad del paciente: 66 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 8380067.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Acompañante: NISON POLINDARA . Teléfono: 3154530825.

Motivo de consulta: Control .

Enfermedad Actual: Paciente de 66 años con antecedente de diabetes tipo 2 ibnasistente a control actualmente sin ningun tratamiento ,refiere siempre en la ctas que nunca le entregan los medicamentos , tenia indicao insulina y metfomina actualmente masde un año no usa los medicamentos, refiere usa remedios naturistas
assite co n paraclínicos de 28.09.2019 .

SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA

DIABETES.

Fecha de ingreso al programa: 15/01/2015.

Clasificación del pie

- 1. Clasificación de pie diabético (Derecho): Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo.
- 2. Clasificación de pie diabético (Izquierdo): Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo,

Riesgo de la enfermedad

- 1. Riesgo cardiovascular: 8 - Framingham

Riesgo del pie

- 1. Riesgo del pie Derecho: Riesgo 0.
- 2. Riesgo del pie Izquierdo: Riesgo 0,

Incidente / Evento Asociado

- 1. Incidente o evento asociado a la medicación (Diabetes Mellitus): No

Seguimiento

- 1. Egreso del programa: No

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD..

Fecha de ingreso al programa: 29/06/2016.

Riesgo Cardiovascular

- 1. Riesgo cardiovascular: 8 - Framingham

Incidente / Evento asociado

- 1. Incidente o evento asociado a la medicación (Dislipidemia, Sobrepeso, Obesidad): No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 70 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg
Tensión Arterial Media: 93.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 120 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 80 mmHg
Temperatura: 36 °C
Peso: 66.1 Kg
Talla: 1.59 m
Índice de Masa Corporal: 26.15 (kg/m2) -Sobrepeso
Circunferencia de la cintura: 98 cm
Superficie corporal: 1.74 m2

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.

PARACLINICOS DE PROGRAMAS**DIABETES**

Fecha de realización: 27/09/2019 00:00:00

1. Glicemia Basal (mg/dl): 291.0.
2. Hemoglobina glicosilada: 11.4.
3. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
4. Colesterol HDL (mg/dl): 57.0.
5. Colesterol LDL (mg/dl): 133.0.
6. Triglicéridos (mg/dl): 130.0.
7. Creatinina (mg/dl): 0.8.
8. Parcial de Orina: Anormal, - Observación: glucosuria 1000.
9. Microalbuminuria (mg/l): 34.0 34.0 - Observación: creatinuria 100 rac 33.
10. Tasa de filtración glomerular (TFG): 93.0

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD.

Fecha de realización: 28/09/2019 00:00:00

1. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
2. Colesterol HDL (mg/dl): 57.0.
3. Colesterol LDL (mg/dl): 133.0.
4. Triglicéridos (mg/dl): 130.0.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE DE 66 AÑOS DIABETICO TIPO 2 INASISTENTE A PROGRAMA NO TOMA MEDICAIN SIEMPRE REFIERE NUCA LE ENTREGAN NADA POR ESO N O VUELKVE , MANEJO NATURISTA CON AGUAS , INGRESA NUEVAMNETE SIN CONTROL METABOLICO ADECUADO GLICOSIADA PRUEBA RAPID 11.4%, ASIINTOMATICO , CON MICROABUMINURIA POSITIVA SE RETOAM INSULIAN GALRGINA 14 UNIDADES EN LA NOCHE Y METFORMINA 2000 MG DIA INCI ENALAPRIL 5 MG DIA CITA EN UN MES CO N ESQUEMA DE GLUCOEMTRIA S SE ENVIA CO NENFERMERIA

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109), Estado de la enfermedad: No Controlado, Clasificación de la enfermedad: Diabetes tipo 2, Confirmado nuevo, Causa Externa: Otra .

Diagnóstico Asociado 1: Insuficiencia renal no especificada (N19X), Confirmado nuevo.

ADHERENCIA A PROGRAMAS**DIABETES**

Adherencia: El paciente ha asistido a los siguientes talleres NO ADHERNETE A LA RECOMENDACIONES

y ha cumplido con los controles programados. Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los estudios paraclínicos se han realizado de acuerdo a lo ordenado..

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD.

Adherencia: El paciente ha asistido a los siguientes talleres NO ADHERNETE A LA RECOMENDACIONES

y ha cumplido con los controles programados. Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los estudios paraclínicos se han realizado de acuerdo a lo ordenado..

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Adherencia: El paciente ha asistido a los siguientes talleres NO ADHERNETE A LA RECOMENDACIONES

y ha cumplido con los controles programados. Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los estudios paraclínicos se han realizado de acuerdo a lo ordenado..

PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS**FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO**

1. Insulina Glargina 100UI/mL (300 UI/3mL) Sol iny Jer Prell (PEN) x 3mL: Inyectar (vía subcutánea) 14 UI en la tarde, por 30 día(s).
2. Aguja desechable pen 31Gx5mm: cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1
3. Tira de glucometría: 50 Unidad cada 30 día(s) por 30 día(s). Cantidad total: 50, Número de entregas: 1
4. Glucómetro: por 1 día(s). Cantidad total: 1, Número de entregas: 1 Recomendaciones: Validar garantía de glucómetro antes de formular..
5. Metformina 1000mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 12 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 60, Número de entregas: 1
6. Lanceta de Glucometría: 50 Unidad cada 30 día(s) por 30 día(s). Cantidad total: 50, Número de entregas: 1

PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN

1. Se solicita interconsulta a Nutrición Por solicitud del médico tratante. Justificación: PACIENTEDBT NO CONTROLADO .
2. Se solicita interconsulta a Nutrición Por solicitud del médico tratante. Justificación: PACIENTEDBT NO CONTROLADO .

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: RETOMO MANEJO PREVIO CITO ENUN MES CON GLUCOMETRIA S VALORACION POR NUTRICION

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

RECOMENDACIONES GENERALES: Automedición con glucómetro. Para aclarar cualquier duda comuníquese con su médico tratante o con el equipo de salud del programa. Control oftalmológico anual. Cuidado de los pies: remoje y lave los pies con agua tibia todas las noches, séquelos bien y aplique alcohol con gasa humedecida. Las callosidades deben ser tratadas por médico entrenado en pie diabético. Consultar si aparecen manchas, heridas, ampollas, úlceras, calambres, inflamación o dolor. No utilice medios externos de calefacción en contacto directo con la piel, medias húmedas, gruesas, estrechas, con costuras o labrado, ni camine descalzo. Antes de caminar lubrique la piel con crema y utilice tenis. Calzado: que no genere zonas de presión ni roces constantes, sin contrafuerte demasiado curvo, ni de plástico ni de goma, no puntudos, con bordes bajos en los tobillos, con lengüetas cortas, con tacones menores de 3 cms, sin correas ni hebillas, tenis con cámara de aire. Compre calzado en las tardes y mídase ambos zapatos, use el calzado nuevo gradualmente, revise el calzado antes de ponérselo, no se lo ponga húmedo ni lo seque con ninguna fuente de calor. Cuidado uñas de los pies: No cortarlas, limarlas con regularidad, sin dejar bordes irregulares. No cortar el borde libre cercano a la piel. Si tiene limitación física o visual acuda a una persona entrenada para arreglarse las uñas. No pintarlas con esmalte. No molestarse las uñas encarnadas. No fumar. Tomar medicamentos en la hora indicada por el médico.

ACTIVIDAD FÍSICA: Ejercicio de intensidad ligera a moderada, durante mínimo 30 minutos, mínimo 3 días/semana.

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS: Dieta con bajo contenido de carbohidratos (almidones, granos, fruta, lácteos y dulces). Comer a horas pre-establecidas. Evitar tiempos de ayuno prolongados. 5 comidas/día. Reducción de las grasas. Aumento en el consumo de fibra.

CUIDADO Y USO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS: Glucometría: antes y dos horas de haber tomado los alimentos. Si el resultado después de comer es mayor a 50 mg/dl en comparación al resultado antes de comer; ingiera una porción menor de carbohidratos en la próxima ocasión.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulínoddependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulínoddependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificación (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulínoddependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulínoddependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulínoddependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulínoddependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulínoddependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulínoddependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulínoddependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulínoddependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulínoddependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulínoddependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (crónica) (periférica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulínoddependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonía, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulínoddependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(22/09/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(20/06/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(08/06/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(18/05/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(24/04/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(19/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(30/10/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(16/04/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(13/11/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(05/11/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/10/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(08/11/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(01/06/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(31/01/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(06/09/2017) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(04/09/2017) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(23/08/2017) ¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
 ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(14/06/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES
 (15/05/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(22/09/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (20/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (08/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (18/05/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (24/04/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (19/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (04/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (30/10/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (16/04/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (13/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (05/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (04/10/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (08/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (01/06/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (31/01/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (06/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)
 (04/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO
 (15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)
(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES**Domicilio**

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Sí, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quién vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.
- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
- 10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
- 14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
- 19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
- 20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ??: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer) : No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años? : No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer) : No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
- 19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
- 22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
- 24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
- 25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
- 26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
- 27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
- 28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 16. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
- 8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
- 12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

05/11/2019 09:55:47. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Maria Beatriz Sarria Bustamante. Reg. Médico. 34555509. Medicina General.

Historia Clínica de Paciente Crónico. Admisión No. 35582751. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-591456-1-2.

Edad del paciente: 66 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Antigüedad Ocupación: 20 año(s).

Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 8380067.

Tipo de atención: Control. Tipo de Programa: Diabetes, Dislipidemia, Sobrepeso, Obesidad..

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Acompañante: nixon polindara. Teléfono: 3154530825.

Motivo de consulta: control .

Enfermedad Actual: Paciente de 66 años con antecedente de diabetes tipo 2 , quien no asiste a las citas regularmente , siempre refiere no le entregan los medicamentos hace un mes se retoma la medicacion , refiere no tolera la metformina , solo tomo 2 dias por vomito y diarrea y

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

se duplico la insulina 14 cada 12 horas , sin embargo refiere ha persentado glucopemtrias en ayunas entre 140-180 no tra ereprtes , no ha assitado a valoracion oir nutriocn .

REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA**DIABETES.**

Fecha de ingreso al programa: 15/01/2015.

Clasificación del pie

1. Clasificación de pie diabético (Derecho): Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo.
2. Clasificación de pie diabético (Izquierdo): Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo,

Riesgo de la enfermedad

1. Riesgo cardiovascular: 8 - Framingham

Riesgo del pie

1. Riesgo del pie Derecho: Riesgo 0.
2. Riesgo del pie Izquierdo: Riesgo 0,

Incidente / Evento Asociado

1. Incidente o evento asociado a la medicación (Diabetes Mellitus): No

Seguimiento

1. Egreso del programa: No

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD..

Fecha de ingreso al programa: 29/06/2016.

Riesgo Cardiovascular

1. Riesgo cardiovascular: 8 - Framingham

Incidente / Evento asociado

1. Incidente o evento asociado a la medicación (Dislipidemia, Sobre peso, Obesidad): No.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 72 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 17 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg
Tensión Arterial Media: 93.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 120 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 80 mmHg

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Temperatura: 36 °C
Peso: 68 Kg
Talla: 1.59 m
Índice de Masa Corporal: 26.9 (kg/m²) -Sobrepeso
Circunferencia de la cintura: 95 cm
Superficie corporal: 1.77 m²

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE DE 66 AÑOS DIABETICO TIPO 2 INSULINOREQUIRIENTE ADEMANS DE ORAL NO CONTROLADO , NO ADHERNETE AL PORGRAMA NO TOELRO LA METFOMINA , SE DUPLICÓ LA DOSIS D E INSULINA POR INICIATIVA PTROPIO , SIN SINTOMA S DE DESCOMPENSACION
SE REALZIA GLUCOEMTRIA A LAS 9:45 335 MG/DL
SE DEJA INSULINA GLARGINA 20 UNIDADES NOCHE E INCIO VILDAGLIPTINA 50 MG CADA 12 HORA S SUSPENDO LA METFORMINA
SE ENVIA A TALLERE D EMANEJO INSULINA Y PIE DIABETICO Y VALORACION ENDOCRINOLOGIA TGELEMEDICINA SEDILIGENCIA
CONSENTIMEINTO INFORMADO

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109), Estado de la enfermedad: No Controlado, Clasificación de la enfermedad: Diabetes tipo 2, Confirmado repetido, Causa Externa: Otra .

ADHERENCIA A PROGRAMAS**DIABETES**

Adherencia: El paciente ha asistido a los siguientes talleres NO ADHERNETE A LA RECOMENDACIONES y ha cumplido con los controles programados. Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los estudios paraclínicos se han realizado de acuerdo a lo ordenado..

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD.

Adherencia: El paciente ha asistido a los siguientes talleres NO ADHERNETE A LA RECOMENDACIONES y ha cumplido con los controles programados. Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los estudios paraclínicos se han realizado de acuerdo a lo ordenado..

PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS**FÓRMULA MÉDICA - USO CONTINUO**

1. Insulina glargina 100UI/mL Sol iny Jer Prell (PEN) x 3mL: Inyectar (vía subcutánea) 20 UI en la tarde, por 60 día(s). Número de entregas: 2. Vigencia del tratamiento: 05/11/2019 - 04/01/2020. Observaciones: EN LA NOCHE A LAS 9 PM .

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

2. Tirillas de glucometría: 100 Unidad cada 60 día(s) por 60 día(s). Cantidad total: 100, Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 05/11/2019-05/12/2019,
3. Vildagliptina tab 50 mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 12 hora(s) por 60 día(s). Cantidad total: 120, Número de entregas: 2, Vigencia del tratamiento: 05/11/2019- 04/01/2020,
4. Aguja desechable pen 31Gx5mm: cada 24 hora(s) por 60 día(s). Cantidad total: 60, Número de entregas: 2, Vigencia del tratamiento: 05/11/2019-04/01/2020,
5. Lancetas de Glucometría: 100 Unidad cada 60 día(s) por 60 día(s). Cantidad total: 100, Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 05/11/2019-05/12/2019,

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES**Recomendación 1:**

RECOMENDACIONES GENERALES: Automedición con glucómetro. Para aclarar cualquier duda comuníquese con su médico tratante o con el equipo de salud del programa. Control oftalmológico anual. Cuidado de los pies: remoje y lave los pies con agua tibia todas las noches, séquelos bien y aplique alcohol con gasa humedecida. Las callosidades deben ser tratadas por médico entrenado en pie diabético. Consultar si aparecen manchas, heridas, ampollas, úlceras, calambres, inflamación o dolor. No utilice medios externos de calefacción en contacto directo con la piel, medias húmedas, gruesas, estrechas, con costuras o labrado, ni camine descalzo. Antes de caminar lubrique la piel con crema y utilice tenis. Calzado: que no genere zonas de presión ni roces constantes, sin contrafuerte demasiado curvo, ni de plástico ni de goma, no puntudos, con bordes bajos en los tobillos, con lengüetas cortas, con tacones menores de 3 cms, sin correas ni hebillas, tenis con cámara de aire. Compre calzado en las tardes y mídase ambos zapatos, use el calzado nuevo gradualmente, revise el calzado antes de ponérselo, no se lo ponga húmedo ni lo seque con ninguna fuente de calor. Cuidado uñas de los pies: No cortarlas, limarlas con regularidad, sin dejar bordes irregulares. No cortar el borde libre cercano a la piel. Si tiene limitación física o visual acuda a una persona entrenada para arreglarse las uñas. No pintarlas con esmalte. No molestarse las uñas encarnadas. No fumar. Tomar medicamentos en la hora indicada por el médico.

ACTIVIDAD FÍSICA: Ejercicio de intensidad ligera a moderada, durante mínimo 30 minutos, mínimo 3 días/semana.

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS: Dieta con bajo contenido de carbohidratos (almidones, granos, fruta, lácteos y dulces). Comer a horas pre-establecidas. Evitar tiempos de ayuno prolongados. 5 comidas/día. Reducción de las grasas. Aumento en el consumo de fibra.

CUIDADO Y USO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS: Glucometría: antes y dos horas de haber tomado los alimentos. Si el resultado después de comer es mayor a 50 mg/dl en comparación al resultado antes de comer; ingiera una porción menor de carbohidratos en la próxima ocasión.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificación (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (crónica) (periférica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonía, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(22/09/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(20/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(08/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(18/05/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(24/04/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(19/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(30/10/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(16/04/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(13/11/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(05/11/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/10/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(08/11/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(01/06/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(31/01/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(06/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(04/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(23/08/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
 ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(14/06/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES
 (15/05/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FÍSICA

(22/09/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (20/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (08/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (18/05/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (24/04/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (19/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (04/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (30/10/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (16/04/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (13/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (05/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (04/10/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (08/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (01/06/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (31/01/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (06/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)
 (04/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO
 (15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)
(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES**Domicilio**

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Sí, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quién vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.
- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
- 14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
- 19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
- 20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer) : No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
- 19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
- 22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
- 24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
- 25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
- 26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
- 27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
- 28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 16. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
- 8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
- 12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)?: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

16/11/2019 10:29:32. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Liz Adriana Muñoz Ordoñez. Reg. Médico. 34327737. Trabajo Social.

Contrarreferencia. Admisión No. 35928908. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-591456-1-2.

Edad del paciente: 66 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Antigüedad Ocupación: 1 año(s).

Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 8380067.

Tipo de atención: Primera Vez. Tipo de Programa: Adulto, Buen Trato.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Motivo de consulta: Paciente quien asiste a taller: Aprendiendo a vivir con la diabetes.

Enfermedad Actual: Paciente en ciclo vital adulto mayor asiste al taller: aprendiendo a vivir con la diabetes, donde se genera reflexión sobre los sentimientos relacionados con el diagnóstico, aceptación de la enfermedad como compañera de vida y empoderarlo para su autogestión y control frente a la enfermedad, teniendo en cuenta la adopción de prácticas de cuidado para la salud, generar resiliencia saludable y entorno protector..

Estado de Salud: Bueno.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

NOTA DE TRABAJO SOCIAL

Paciente adulto mayor se brinda educación sobre aprendiendo a vivir con la diabetes, donde se genera reflexión sobre los sentimientos relacionados con el diagnóstico, aceptación de la enfermedad como compañera de vida y empoderarlo para su autogestión y control frente a la enfermedad, teniendo en cuenta la adopción de prácticas de cuidado para la salud, generar resiliencia saludable y entorno protector.

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Otros problemas relacionados con el estilo de vida (Z728), Estado de la enfermedad: Controlado, Impresión diagnóstica, Causa Externa: Otra .

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: promover la actividad física y deporte, de acuerdo a la condición física, psicológica y social, alimentación saludable, participar activamente en el cuidado de su salud para controlar su enfermedad y mejorar su calidad de vida, educar y motivar al paciente para comprender la enfermedad y su tratamiento, lo cual aumenta la posibilidad de ser adherente a los mismos. además se le releva a la familia la importancia del papel que cumplen para fomentar la autogestión y la implicación del paciente en el manejo de su enfermedad, considerando siempre las posibilidades y limitaciones de cada uno.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones multiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificacion (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones multiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (cronica) (periferica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonia, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SFXO: Masculino

FTNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

[illegible]

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(22/09/2021)	¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	DIETA COMUN
(20/06/2021)	¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	DIETA COMUN
(08/06/2021)	¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	DIETA COMUN
(18/05/2021)	¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	DIETA COMUN
(24/04/2021)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	DIETA COMUN
(19/03/2021)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/03/2021)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(30/10/2020)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)	
(07/07/2020)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)	
(07/07/2020)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(16/04/2020)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)	
(13/11/2019)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(05/11/2019)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/10/2019)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(08/11/2018)	¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(01/06/2018)	¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(31/01/2018)	¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(06/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(04/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(23/08/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES
(14/06/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES
(15/05/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(22/09/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(20/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(08/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(18/05/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(24/04/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(19/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
(04/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
(30/10/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(07/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
(07/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(16/04/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(13/11/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(05/11/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(04/10/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(08/11/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(01/06/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(31/01/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(06/09/2017) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)
(04/09/2017) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO
(15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES**Domicilio**

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
25. Várices: No.

(31/01/2018,10:05:45)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
25. Várices: No.
1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer) : No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses? : No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses? : No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses? : No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años? : No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer) : No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

: No.

28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.

- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?

: No.

- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.

10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

- Actualmente fuma?: No.

- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.

- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.

12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.

18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.

19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.

20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.

25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
- 8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
- 12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?
: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)? : No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)? : No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)?: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)?: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

19/11/2019 08:42:14. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Francy Edith Jimenez Riascos. Reg. Médico. 34564448. Fisioterapia.

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 35932889. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-591456-1-2.

Edad del paciente: 66 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Antigüedad Ocupación: 0 año(s).

Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 8380067.

Tipo de atención: Control. Tipo de Programa: Adulto, Buen Trato, Diabetes.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Motivo de consulta: Paciente que asiste a talleres realizados el día 16/11/2019 en la campaña del día mundial de la diabetes : FOMENTO DEL DEPORTE AUMENTA TUS NIVELES DE ENERGIA .

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: francy jimenez.

Enfermedad Actual: diabetes.
Estado de Salud: Bueno.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Paciente que asiste a talleres realizados el día 16/11/2019 en la campaña del día mundial de la diabetes : FOMENTO DEL DEPORTE AUMENTA TUS NIVELES DE ENERGIA .

Se brinda educacion sobre importancia del deporte , beneficios del deporte en diabeticos ,generalidades del ejercicio(tiempo de practica , deportes a realizar , recomendaciones al practicarlo , pasos de tener en cuenta ala hora de practicar deportes , tips y recomendaciones para aumentar niveles de energia .)

OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD :motivar al paciente a practicar deporte , manejar la diabetes durante la catividad fisica, mejorar la calidad de vida en el paciente , fortalecimiento muscular , , perdida de peso , fortalecimiento del sistema oseo, y muscular .

ACTIVIDAD FISICA :DURACION 20 MINUTOS ¿FESTIVAL CALEÑO ¿ SALSA : donde se tubo en cuenta :movilidad articular , trabajo cardiovascular, trabajo de fuerza , estiramiento.

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119), Tiempo Evolución: 5 Año(s), Estado de la enfermedad: Controlado, Clasificacion de la enfermedad: Diabetes tipo 2, Confirmado repetido, Causa Externa:Otra .

INTERVENCIONES

19/11/2019 08:47. EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR FISIOTERAPIA. Cantidad: 1.

Diagnóstico(s) previo(s) asociado(s) a la intervención: Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119). Diagnóstico(s) posterior(es) asociado(s) a la intervención: Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119). Finalidad: Protección específica. Descripción del procedimiento: Paciente que asiste a talleres realizados el día 16/11/2019 en la campaña del día mundial de la diabetes : FOMENTO DEL DEPORTE AUMENTA TUS NIVELES DE ENERGIA .

Se brinda educacion sobre importancia del deporte , beneficios del deporte en diabeticos ,generalidades del ejercicio(tiempo de practica , deportes a realizar , recomendaciones al practicarlo , pasos de tener en cuenta ala hora de practicar deportes , tips y recomendaciones para aumentar niveles de energia .)

OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD :motivar al paciente a practicar deporte , manejar la diabetes durante la catividad fisica, mejorar la calidad de vida en el paciente , fortalecimiento muscular , , perdida de peso , fortalecimiento del sistema oseo, y muscular .

ACTIVIDAD FISICA :DURACION 20 MINUTOS ¿FESTIVAL CALEÑO ¿ SALSA : donde se tubo en cuenta :movilidad articular , trabajo cardiovascular, trabajo de fuerza , estiramiento.. Complicaciones: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificación (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (crónica) (periférica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonía, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SFXO: Masculino

FTNIA: Indígena

Número de Control: 1.

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

[illegible]

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(22/09/2021)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	DIETA COMUN
(20/06/2021)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	DIETA COMUN
(08/06/2021)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	DIETA COMUN
(18/05/2021)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	DIETA COMUN
(24/04/2021)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	DIETA COMUN
(19/03/2021)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/03/2021)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(30/10/2020)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)	
(07/07/2020)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)	
(07/07/2020)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(16/04/2020)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)	
(13/11/2019)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(05/11/2019)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/10/2019)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(08/11/2018)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(01/06/2018)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(31/01/2018)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA IDENTIFICACIÓN: CC 10527165 SEXO: Masculino ETNIA: Indígena
ESCOLARIDAD: Básica primaria

Número de Control: 1.

peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(06/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(04/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(23/08/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES
(14/06/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES
(15/05/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(22/09/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(20/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(08/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(18/05/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(24/04/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(19/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
(04/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
(30/10/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(07/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
(07/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(16/04/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(13/11/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(05/11/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(04/10/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(08/11/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(01/06/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(31/01/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(06/09/2017) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)
(04/09/2017) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO
(15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES**Domicilio**

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad médica aguda: No.
25. Várices: No.

(31/01/2018,10:05:45)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad médica aguda: No.
25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad médica aguda: No.
- 25. Várices: No.
- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad médica aguda: No.
- 25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses? : No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses? : No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses? : No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años? : No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer) : No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

: No.

28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.

- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?

: No.

- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.

10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

- Actualmente fuma?: No.

- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.

- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.

12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.

18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.

19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.

20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.

25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
- 8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
- 12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?
: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)? : No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)? : No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

15/04/2020 11:44:37. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Maria Alejandra Cifuentes Parra. Reg. Médico. 1061764754. Medicina General.

Historia Clínica de Paciente Crónico. Admisión No. 40297010. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-591456-1-2.

Edad del paciente: 66 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Antigüedad Ocupación: 1 año(s).

Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 3154530825.

Tipo de atención: Primera Vez.

Número de Control: 1. Tipo de Programa: Diabetes, Dislipidemia, Sobrepeso, Obesidad..

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Teléfono: 3154530825.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Motivo de consulta: CONSULTA NO PRESENCIAL POR CONTINGENCIA COVID 19

CONTROL PROGRAMA CRONICOS: DIABETES.

Enfermedad Actual: OCUPACION: GESTOR DE PAPELERIA

PACIENTE ADULTO MAYOR DE 66 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS TIPO II INSULINO REQUIRIENTE (2004), VALORADO EL 18/11/19 POR ENDOCRINOLOGIA DR CHICA QUIEN ANTE INICIO RECIENTE DE MANEJO FARMACOLOGICO NO REALIZA AJUSTE E INDICA CONTINUAR LOS CONTROLES POR EL PROGRAMA CON ULTIMO CONTROL EL 05/11/2019 MUY MAL ADHERENTE A LAS RECOMENDACIONES, AL MANEJO FARMACOLOGICO, NO ASISTIO A NUTRICION

* SE ENCUENTRA EN MANEJO CON: (se termina hace 1 semana)

- INSULINA GLARGINA 20 UI SC EN LA NOCHE

- VILDAGLPTINA 50 MG CADA 12 HORAS.

// REFIERE QUE TIENE INTOLERANCIA A METFORMINA

//GLUCOMETRIAS:

- AD: 180 150 140

* CON MUY MALA ADHERENCIA AL PROGRAMA NO REALIZA ACTIVIDAD FISICA, REFIERE QUE HA PRESENTADO DOLOR TORACICO OCASIONAL TIPO PUNZADA, NO POLIDIPSIA, NI POLIFAGIA, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS.

* PARACLINICOS:

-26/09/19 HBA1C: 11.4%..

REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntomas Generales: No presenta.

Neurológico: Sin síntomas.

Mental: Sin síntomas.

Organos de los Sentidos: Sin síntomas.

Respiratorio: Sin síntomas.

Cardiovascular: Sin síntomas.

Gastrointestinal: Sin síntomas.

Genitourinario: Sin síntomas.

Osteomusculoarticular: Sin síntomas.

Mamas: Sin síntomas.

Piel y Faneras: Sin síntomas.

Hematológico y Linfático: Sin síntomas.

Endocrinológico: Sin síntomas.

SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA

DIABETES.

Fecha de ingreso al programa: 15/01/2015.

Clasificación del pie

1. Clasificación de pie diabético (Derecho): Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo.

2. Clasificación de pie diabético (Izquierdo): Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo,

Riesgo de la enfermedad

1. Riesgo cardiovascular: 16 - Framingham

Riesgo del pie

1. Riesgo del pie Derecho: Riesgo 0.

2. Riesgo del pie Izquierdo: Riesgo 0,

Incidente / Evento Asociado

1. Incidente o evento asociado a la medicación (Diabetes Mellitus): No

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Seguimiento

1. Egreso del programa: No

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD..

Fecha de ingreso al programa: 29/06/2016.

Riesgo Cardiovascular

1. Riesgo cardiovascular: 16 - Framingham

Incidente / Evento asociado

1. Incidente o evento asociado a la medicación (Dislipidemia, Sobrepeso, Obesidad): No.

PARACLINICOS DE PROGRAMAS**DIABETES**

Fecha de realización: 29/09/2019 00:00:00

1. Glicemia Basal (mg/dl): 291.0.
2. Glicemia 2 horas Postprandial (mg/dl): 410.0.
3. Hemoglobina Glicosilada: 11.4 - Observación: PRUEBA RAPIDA.
4. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
5. Colesterol HDL (mg/dl): 57.0.
6. Colesterol LDL (mg/dl): 133.0.
7. Triglicéridos (mg/dl): 130.0.
8. Creatinina (mg/dl): 0.8.
9. Parcial de Orina: Anormal.
10. Microalbuminuria (mg/l): 34.0.
11. Tasa de filtración glomerular (TFG): 93.0

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD.

Fecha de realización: 29/09/2019 00:00:00

1. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
2. Colesterol HDL (mg/dl): 57.0.
3. Colesterol LDL (mg/dl): 133.0.
4. Triglicéridos (mg/dl): 130.0.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

CONSULTA NO PRESENCIAL POR CONTINGENCIA COVID

PACIENTE ADULTO MAYOR DE 66 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS TIPO II INSULINO REQUIRIENTE (2004), VALORADO EL 18/11/19 POR ENDOCRINOLOGIA DR CHICA QUIEN ANTE INICIO RECIENTE DE MANEJO FARMACOLOGICO NO REALIZA AJUSTE E INDICA CONTINUAR LOS CONTROLES POR EL PROGRAMA CON ULTIMO CONTROL EL 05/11/2019 MUY MAL ADHERENTE A LAS RECOMENDACIONES, AL MANEJO FARMACOLOGICO, NO ASISTIO A NUTRICION; ES UN PACIENTE MUY MAL ADHERENTE AL PROGRAMA, NO REPORTA GLUCOMETRIAS SOLO RECUERDA 3 YA QUE NO LAS ANOTA, EL PACIENTE COMENTA QUE ESTUVO EN CONTROL EN FEBRERO CON LA DRA SARRIA PERO NO SE DOCUMENTA NINGUNA HISTORIA; SOLO SE REPORTA GLICOSILADA DE NOVIEMBRE DE 2019 11.4% SIN INICIO DE IDDP4; SE ENCUENTRA POR L MOMENTO ASINTOMATICO, NO ADHERENTE A HABITOS SALUDABLES, CON RIESGO CARDIOVASCULAR CON ULTIMOS EXAMENES INTERMEDIO DE 16% DADO A QUE NO HAY DATO DE GLICOSILADA RECIENTE ES UN PACIENTE MAL ADHERENTE NO ES CANDIDATO PARA TELECONSULTA SE INDICA FORMULACION POR 1 MES, PERO DEBE ASISTIR PRESENCIALMENTE EN EL PROGRAMA EN 1 MES PARA TOMA DE GLICOSILADA SE SOLICITA PERFIL LIPIDICO SI ES POSIBLE TOMAR

DIAGNOSTICO

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus no insulínica dependiente con otras complicaciones especificadas (E116), Tiempo Evolución: 16 Año(s), Estado de la enfermedad: No Controlado, Clasificación de la enfermedad: Diabetes tipo 2, Confirmado nuevo, Causa Externa: Otra.
Diagnóstico Asociado 1: Hiperlipidemia no especificada (E785), Impresión diagnóstica.

ADHERENCIA A PROGRAMAS**DIABETES**

Adherencia: PACIENTE MAL ADHERENTE AL PROGRAMA, A LAS RECOMENDACIONES, AL MANEJO; EN CONTROL POR TELECONSULTA POR CONTINGENCIA COVID 19 NO ES APTO PARA ESTA MODALIDAD CONTROL EN 1 MES PRESENCIAL.

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD.

Adherencia: PACIENTE MAL ADHERENTE AL PROGRAMA, A LAS RECOMENDACIONES, AL MANEJO; EN CONTROL POR TELECONSULTA POR CONTINGENCIA COVID 19 NO ES APTO PARA ESTA MODALIDAD CONTROL EN 1 MES PRESENCIAL.

PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS**FÓRMULA MÉDICA - USO CONTINUO**

1. Insulina Glargina 100UI/mL (300 UI/3mL) Sol iny Jer Prell (PEN) x 3mL: Inyectar (vía subcutánea) 20 UI en la tarde, por 30 día(s). Número de entregas: 1. Vigencia del tratamiento: 15/04/2020 - 15/05/2020. Observaciones: EN LA NOCHE A LAS 9 PM.
2. Vildagliptina 50 mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 12 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 60, Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 15/04/2020- 15/05/2020,
3. Tira de glucometría: 50 Unidad cada 30 día(s) por 30 día(s). Cantidad total: 50, Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 15/04/2020- 15/05/2020,
4. Aguja desechable pen 32Gx4mm: cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 15/04/2020- 15/05/2020,
5. Lanceta de Glucometría: 50 Unidad cada 30 día(s) por 30 día(s). Cantidad total: 50, Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 15/04/2020- 15/05/2020,

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita Triglicéridos, No. 1, CONSULTA NO PRESENCIAL POR CONTINGENCIA COVID
PACIENTE ADULTO MAYOR DE 66 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS TIPO II INSULINO REQUIRIENTE (2004), VALORADO EL 18/11/19 POR ENDOCRINOLOGIA DR CHICA QUIEN ANTE INICIO RECIENTE DE MANEJO FARMACOLOGICO NO REALIZA AJUSTE E INDICA CONTINUAR LOS CONTROLES POR EL PROGRAMA CON ULTIMO CONTROL EL 05/11/2019 MUY MAL ADHERENTE A LAS RECOMENDACIONES, AL MANEJO FARMACOLOGICO, NO ASISTIO A NUTRICION; ES UN PACIENTE MUY MAL ADHERENTE AL PROGRAMA, NO REPORTA GLUCOMETRIAS SOLO RECUERDA 3 YA QUE NO LAS ANOTA, EL PACIENTE COMENTA QUE ESTUVO EN CONTROL EN FEBRERO CON LA DRA SARRIA PERO NO SE DOCUMENTA NINGUNA HISTORIA; SOLO SE REPORTA GLICOSILADA DE NOVIEMBRE DE 2019 11.4% SIN INICIO DE IDDP4; SE ENCUENTRA POR EL MOMENTO ASINTOMATICO, NO ADHERENTE A HABITOS SALUDABLES, CON RIESGO CARDIOVASCULAR CON ULTIMOS EXAMENES INTERMEDIO DE 16% DADO A QUE NO HAY DATO DE GLICOSILADA RECIENTE ES UN PACIENTE MAL ADHERENTE NO ES CANDIDATO PARA TELECONSULTA SE INDICA FORMULACION POR 1 MES, PERO DEBE ASISTIR PRESENCIALMENTE EN EL PROGRAMA EN 1 MES PARA TOMA DE GLICOSILADA SE SOLICITA PERFIL LIPIDICO SI ES POSIBLE TOMAR.
2. Se solicita COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD, No. 1, CONSULTA NO PRESENCIAL POR CONTINGENCIA COVID
PACIENTE ADULTO MAYOR DE 66 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS TIPO II INSULINO REQUIRIENTE (2004), VALORADO EL 18/11/19 POR ENDOCRINOLOGIA DR CHICA QUIEN ANTE INICIO RECIENTE DE MANEJO FARMACOLOGICO NO REALIZA AJUSTE E INDICA CONTINUAR LOS CONTROLES POR EL PROGRAMA CON ULTIMO CONTROL EL 05/11/2019 MUY MAL ADHERENTE A LAS RECOMENDACIONES, AL MANEJO FARMACOLOGICO, NO ASISTIO A NUTRICION; ES UN PACIENTE MUY MAL ADHERENTE AL PROGRAMA, NO REPORTA GLUCOMETRIAS SOLO RECUERDA 3 YA QUE NO LAS ANOTA, EL PACIENTE COMENTA QUE ESTUVO EN CONTROL EN FEBRERO CON LA DRA SARRIA PERO NO SE DOCUMENTA NINGUNA HISTORIA; SOLO SE REPORTA GLICOSILADA DE NOVIEMBRE DE 2019 11.4% SIN INICIO DE IDDP4; SE ENCUENTRA POR EL MOMENTO ASINTOMATICO, NO ADHERENTE A HABITOS SALUDABLES, CON RIESGO CARDIOVASCULAR CON ULTIMOS EXAMENES INTERMEDIO DE 16% DADO A QUE NO HAY DATO DE GLICOSILADA RECIENTE ES UN PACIENTE MAL ADHERENTE NO ES CANDIDATO PARA TELECONSULTA SE INDICA FORMULACION POR 1 MES, PERO DEBE ASISTIR PRESENCIALMENTE EN EL PROGRAMA EN 1 MES PARA TOMA DE GLICOSILADA SE SOLICITA PERFIL LIPIDICO SI ES POSIBLE TOMAR.
3. Se solicita COLESTEROL TOTAL, No. 1, CONSULTA NO PRESENCIAL POR CONTINGENCIA COVID
PACIENTE ADULTO MAYOR DE 66 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS TIPO II INSULINO REQUIRIENTE (2004), VALORADO EL 18/11/19 POR ENDOCRINOLOGIA DR CHICA QUIEN ANTE INICIO RECIENTE DE MANEJO FARMACOLOGICO NO REALIZA AJUSTE E INDICA CONTINUAR LOS CONTROLES POR EL PROGRAMA CON ULTIMO CONTROL EL 05/11/2019 MUY MAL ADHERENTE A LAS RECOMENDACIONES, AL

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

MANEJO FARMACOLOGICO, NO ASISTIO A NUTRICION; ES UN PACIENTE MUY MAL ADHERENTE AL PROGRAMA, NO REPORTA GLUCOMETRIAS SOLO RECUERDA 3 YA QUE NO LAS ANOTA, EL PACIENTE COMENTA QUE ESTUVO EN CONTROL EN FEBRERO CON LA DRA SARRIA PERO NO SE DOCUMENTA NINGUNA HISTORIA; SOLO SE REPORTA GLICOSILADA DE NOVIEMBRE DE 2019 11.4% SIN INICIO DE IDDP4; SE ENCUENTRA POR L MOMENTO ASINTOMATICO, NO ADHERENTE A HABITOS SALUDABLES, CON RIESGO CARDIOVASCULAR CON ULTIMOS EXAMENES INTERMEDIO DE 16% DADO A QUE NO HAY DATO DE GLICOSILADA RECIENTE ES UN PACIENTE MAL ADHERENTE NO ES CANDIDATO PARA TELECONSULTA SE INDICA FORMULACION POR 1 MES, PERO DEBE ASISTIR PRESENCIALMENTE EN EL PROGRAMA EN 1 MES PARA TOMA DE GLICOSILADA SE SOLICITA PERFIL LIPIDICO SI ES POSIBLE TOMAR.

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: CONSULTA EN 1 MES POR EL PROGRAMA DE CRONICOS, DEBE SER PRESENCIAL

RECOMENDACIONES GENERALES: SE INDICA UNA ALIMENTACION BAJA EN SAL, EN GRASA, Y EN AZUCAR; EN GENERAL DEBE EVITAR FRITOS, ALIMENTOS PROCESADOS; IDEALMENTE SUDADOS, ASADOS O COCIDOS; SE SUGIERE QUE SE FRACCIONADA EN 6 COMIDAS AL DIA. PUEDE AUMENTAR INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS EVITANDO EL EXCESO DE LA PIÑA, MANGO Y BANANO (ALTO CONTENIDO DE AZUCAR)

CON RELACION A LA ACTIVIDAD FISICA DEBE REALIZAR EJERCICIO DE TIPO CARDIOVASCULAR SEGUN SUS CAPACIDADES MINIMO 30 MINUTOS AL DIA POR MINIMO 5 DIAS A LA SEMANA.

SIGNOS DE ALARMA PARA IR POR URGENCIAS: SI PRESENTA DOLOR DE CABEZA INTENSO QUE NO MEJORA CON LOS MEDICAMENTOS, DOLOR AL PECHO OPRESIVO, O EDEMAS EN LAS PIERNAS O ROSTRO; ADEMAS SI SU PRESENTA MUCHA SED, MAREO O NECESIDAD DE ORINAR CON MUCHA FRECUENCIA

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificación (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (crónica) (periférica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonía, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(06/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(04/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(23/08/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

(14/06/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

(15/05/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(22/09/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(20/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(08/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(18/05/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(24/04/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(19/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50

MINUTOS TODOS LOS DIAS

(04/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50

MINUTOS TODOS LOS DIAS

(30/10/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(07/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR

40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS

(07/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2

VECES SEMANAL

(16/04/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(13/11/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2

VECES SEMANAL

(05/11/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2

VECES SEMANAL

(04/10/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2

VECES SEMANAL

(08/11/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2

VECES SEMANAL

(01/06/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2

VECES SEMANAL

(31/01/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2

VECES SEMANAL

(06/09/2017) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)

(04/09/2017) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2

VECES SEMANAL

(23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO

(15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES**Domicilio**

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad médica aguda: No.
25. Várices: No.

(31/01/2018,10:05:45)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad médica aguda: No.
25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
25. Várices: No.
1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer) : No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses? : No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años? : No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer) : No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

: No.

28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.

- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?

: No.

- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.

10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

- Actualmente fuma?: No.

- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.

- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.

12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.

18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.

19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.

20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.

25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
- 8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
- 12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?
: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)? : No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)? : No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

21/05/2020 08:16:42. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Maria Alejandra Cifuentes Parra. Reg. Médico. 1061764754. Medicina General.

Historia Clínica de Paciente Crónico. Admisión No. 41022715. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-591456-1-2.

Edad del paciente: 67 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Antigüedad Ocupación: 1 año(s).

Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 3154530825.

Tipo de atención: Primera Vez.

Número de Control: 1. Tipo de Programa: Diabetes, Dislipidemia, Sobrepeso, Obesidad..

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Teléfono: 3154530825.

Motivo de consulta: CONSULTA NO PRESENCIAL CONTINGENCIA COVID19, CONTROL PROGRAMA CRONICOS: DIABETES.

Enfermedad Actual: OCUPACION: GESTOR DE PAPELERIA

PACIENTE ADULTO MAYOR DE 67 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS TIPO II INSULINO REQUIRIENTE (2004), VALORADO EL 18/11/19 POR ENDOCRINOLOGIA DR CHICA QUIEN ANTE INICIO RECIENTE DE MANEJO FARMACOLOGICO NO REALIZA AJUSTE E INDICA CONTINUAR LOS CONTROLES POR EL PROGRAMA CON ULTIMO CONTROL EL 15/04/2020 POR TELECONSULTA; MAL ADHERENTE A LAS RECOMENDACIONES, NO ASISTIO A NUTRICION, DEBIDO A LA MALA ADHERENCIA, ESCASA INFORMACION DE GLUCOMETRIAS PREVIAS Y GLICOSILADA FUERA DE METAS DE SEPTIEMBRE DE 2019 SE CITO PRESENCIAL REFIERE QUE LA PERSONA QUE ASIGNA CITA LE INFORMA QUE NO ES NECESARIO LA CITA PRESENCIAL Y REASIGNAN VIA TELEFONICA

* SE ENCUENTRA EN MANEJO CON:

- INSULINA GLARGINA 20 UI SC EN LA NOCHE

- VILDAGLPTINA 50 MG CADA 12 HORAS.

// REFIERE QUE TIENE INTOLERANCIA A METFORMINA

//GLUCOMETRIAS:

- AD: 123 119 118 117 145 123 191 154 150 154 150 182 164 110 120 119 111 114

* CON MALA ADHERENCIA AL PROGRAMA NO REALIZA ACTIVIDAD FISICA, REFIERE QUE HA PRESENTADO DOLOR TORACICO OCASIONAL TIPO PUNZADA, NO POLIDIPSIA, NI POLIFAGIA, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS.

* PARACLINICOS: MAYO DE 2020

-26/09/19 HBA1C: 11.4%.

REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntomas Generales: No presenta.

Neurológico: Sin síntomas.

Mental: Sin síntomas.

Organos de los Sentidos: Sin síntomas.

Respiratorio: Sin síntomas.

Cardiovascular: Sin síntomas.

Gastrointestinal: Sin síntomas.

Genitourinario: Sin síntomas.

Osteomusculoarticular: Sin síntomas.

Mamas: Sin síntomas.

Piel y Faneras: Sin síntomas.

Hematológico y Linfático: Sin síntomas.

Endocrinológico: Sin síntomas.

SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA

DIABETES.

Fecha de ingreso al programa: 15/01/2015.

Clasificación del pie

1. Clasificación de pie diabético (Derecho): Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo.

2. Clasificación de pie diabético (Izquierdo): Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo,

Riesgo de la enfermedad

1. Riesgo cardiovascular: 20 - Framingham

Riesgo del pie

1. Riesgo del pie Derecho: Riesgo 0.

2. Riesgo del pie Izquierdo: Riesgo 0,

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Incidente / Evento Asociado

1. Incidente o evento asociado a la medicación (Diabetes Mellitus): No

Seguimiento

1. Egreso del programa: No

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD..

Fecha de ingreso al programa: 29/06/2016.

Riesgo Cardiovascular

1. Riesgo cardiovascular: 20 - Framingham

Incidente / Evento asociado

1. Incidente o evento asociado a la medicación (Dislipidemia, Sobre peso, Obesidad): No.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Frecuencia Cardíaca: 68 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 20 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 83.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg
Temperatura: 36.5 °C
Peso: 60.9 Kg
Talla: 1.65 m
Índice de Masa Corporal: 22.37 (kg/m²) -Normal
Superficie corporal: 1.68 m²

PARACLINICOS DE PROGRAMAS**DIABETES**

Fecha de realización: 14/05/2020 00:00:00

1. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
2. Colesterol HDL (mg/dl): 57.7.
3. Colesterol LDL (mg/dl): 112.5.
4. Triglicéridos (mg/dl): 149.0

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD.

Fecha de realización: 15/05/2020 00:00:00

1. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
2. Colesterol HDL (mg/dl): 57.7.
3. Colesterol LDL (mg/dl): 112.5.
4. Triglicéridos (mg/dl): 149.0.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE ADULTO MAYOR DE 67 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS TIPO II INSULINO REQUIRIENTE (2004), VALORADO EL 18/11/19 POR ENDOCRINOLOGIA DR CHICA QUIEN ANTE INICIO RECIENTE DE MANEJO FARMACOLOGICO NO REALIZA AJUSTE E INDICA CONTINUAR LOS CONTROLES POR EL PROGRAMA CON ULTIMO CONTROL EL 15/04/2020 POR TELECONSULTA; MAL ADHERENTE A LAS RECOMENDACIONES, NO ASISTIO A NUTRICION, DEBIDO A LA MALA ADHERENCIA, ESCASA INFORMACION DE GLUCOMETRIAS PREVIAS Y

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

GLICOSILADA FUERA DE METAS DE SEPTIEMBRE DE 2019 SE CITO PRESENCIAL REFIERE QUE LA PERSONA QUE ASIGNA CITA LE INFORMA QUE NO ES NECESARIO LA CITA PRESENCIAL Y REASIGNAN VIA TELEFONICA; REGULAR ADHERENCIA A HABITOS SALUDABLES; SE ACLARA QUE NO SE REALIZA EXAMEN FISICO POR SER UNA CONSULTA NO PRESENCIAL, SE TOMAN ULTIMOS SIGNOS VITALES, DE MAYO CON COLESTEROL TOTAL Y LDL LIMITROFE, HDL PORISITVO, Y TRIGLICERIDOS NORMALES, CON RIESGO CARDIOVASCULAR ELEVADO 20% CON GLICOSILADA DE SEP 2019 11.4% CON GLUCOMETRIAS HOY MAS COMPLETAS AUN FUERA DE METAS SE AUMENTA A 22 UI DE INSULINA, DEBIDO A QUE REQUIERE EXAMEN FISICO Y TOMA DE HB GLICOSILADA SE REITERA CONTROL EN 1 MES PRESENCIAL SE FORMULA POR 1 MES POR TA MOTIVO NUEVAMENTE SE DIRECCION A NUTRICION

NOTA: se explica al paciente que la formulacion sera enviada via correo electronico por lo que se corrobora el buen diligenciamiento del mismo, se indica la busqueda en no deseado, de igual forma se suministra correo institucional para solicitud de reenvio en caso de que no recibir las mismas

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus no insulínica dependiente sin mención de complicación (E119), Tiempo Evolución: 16 Año(s), Estado de la enfermedad: No Controlado, Clasificación de la enfermedad: Diabetes tipo 2, Confirmado repetido, Causa Externa: Otra .

ADHERENCIA A PROGRAMAS

DIABETES

Adherencia: Paciente mal adherente a dieta actividad física y controles .

PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS

FÓRMULA MÉDICA - USO CONTINUO

1. Insulina Glargina 100UI/mL (300 UI/3mL) Sol iny Jer Prell (PEN) x 3mL: Inyectar (vía subcutánea) 20 UI en la tarde, por 30 día(s). Número de entregas: 1. Vigencia del tratamiento: 21/05/2020 - 20/06/2020. Observaciones: EN LA NOCHE A LAS 9 PM .
2. Tira de glucometría: 50 Unidad cada 30 día(s) por 30 día(s). Cantidad total: 50, Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 21/05/2020- 20/06/2020,
3. Lanceta de Glucometría: 50 Unidad cada 30 día(s) por 30 día(s). Cantidad total: 50, Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 21/05/2020- 20/06/2020,
4. Vildagliptina 50 mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 12 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 60, Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 21/05/2020- 20/06/2020,
5. Aguja desechable pen 32Gx4mm: cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1, Vigencia del tratamiento: 21/05/2020- 20/06/2020,

PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN

INTERCONSULTA

1. Se solicita interconsulta a Nutrición Por solicitud del médico tratante. Justificación: PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II INSULINO REQUIRIENTE DESDE 2004 AL PARECER CON MUY MAL CONTROL METABOLICO ULTIMA GLICOSILADA DE SEPT 2019 11.4% CON GLUCOMETRIAS YA CERCANAS A META, SE DIRECCIONA PARA PLAN NUTRICIONAL.

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: CONTROL EN 1 MES POR EL PROGRAMA PRESENCIAL CON GLUCOMETRIAS PARA TOMA DE HB GLICOSILADA

RECOMENDACIONES GENERALES: SE INDICA UNA ALIMENTACION BAJA EN SAL, EN GRASA, Y EN AZUCAR; EN GENERAL DEBE EVITAR FRITOS, ALIMENTOS PROCESADOS; IDEALMENTE SUDADOS, ASADOS O COCIDOS; SE SUGIERE QUE SE FRACCIONADA EN 6 COMIDAS AL DIA. PUEDE AUMENTAR INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS EVITANDO EL EXCESO DE LA PIÑA, MANGO Y BANANO (ALTO CONTENIDO DE AZUCAR)

CON RELACION A LA ACTIVIDAD FISICA DEBE REALIZAR EJERCICIO DE TIPO CARDIOVASCULAR SEGUN SUS CAPACIDADES MINIMO 30



SISTEMA DE REGISTRO CLÍNICO AVICENA

Historia Clínica No. 10527165

Consulta no presencial

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

MINUTOS AL DIA POR MINIMO 5 DIAS A LA SEMANA.

SIGNOS DE ALARMA PARA IR POR URGENCIAS: SI PRESENTA DOLOR DE CABEZA INTENSO QUE NO MEJORA CON LOS MEDICAMENTOS, DOLOR AL PECHO OPRESIVO, O EDEMAS EN LAS PIERNAS O ROSTRO; ADEMAS SI SU PRESENTA MUCHA SED, MAREO O NECESIDAD DE ORINAR CON MUCHA FRECUENCIA

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificación (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (crónica) (periférica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonía, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SFXO: Masculino

FTNIA: Indígena

Número de Control: 1.

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

[illegible]

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(22/09/2021)	¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	DIETA COMUN
(20/06/2021)	¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	DIETA COMUN
(08/06/2021)	¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	DIETA COMUN
(18/05/2021)	¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	DIETA COMUN
(24/04/2021)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	DIETA COMUN
(19/03/2021)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/03/2021)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(30/10/2020)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)	
(07/07/2020)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)	
(07/07/2020)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(16/04/2020)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)	
(13/11/2019)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(05/11/2019)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/10/2019)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(08/11/2018)	¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(01/06/2018)	¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(31/01/2018)	¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
 ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(06/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(04/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(23/08/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

(14/06/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

(15/05/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(22/09/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(20/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(08/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(18/05/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(24/04/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(19/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50

MINUTOS TODOS LOS DIAS

(04/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50

MINUTOS TODOS LOS DIAS

(30/10/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(07/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR

40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS

(07/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2

VECES SEMANAL

(16/04/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(13/11/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2

VECES SEMANAL

(05/11/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2

VECES SEMANAL

(04/10/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2

VECES SEMANAL

(08/11/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2

VECES SEMANAL

(01/06/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2

VECES SEMANAL

(31/01/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2

VECES SEMANAL

(06/09/2017) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)

(04/09/2017) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2

VECES SEMANAL

(23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO

(15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha

tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES**Domicilio**

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad médica aguda: No.
25. Várices: No.

(31/01/2018,10:05:45)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad médica aguda: No.
25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad médica aguda: No.
- 25. Várices: No.
- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad médica aguda: No.
- 25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer) : No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses? : No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años? : No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer) : No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

: No.

28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.

- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?

: No.

- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.

10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

- Actualmente fuma?: No.

- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.

- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.

12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.

18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.

19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.

20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.

25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
- 8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
- 12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?
: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)? : No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)? : No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)?: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)?: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

07/07/2020 14:39:56. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Jennyffeer Arcila Velilla. Reg. Médico. 42130174. Medicina General.

Historia Clínica de Paciente Crónico. Admisión No. 42194204. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-591456-1-2.

Edad del paciente: 67 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Antigüedad Ocupación: 1 año(s).

Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 3154530825.

Tipo de atención: Primera Vez.

Número de Control: 1. Tipo de Programa: Diabetes.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Teléfono: 3154530825.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Motivo de consulta: "CONTROL"- SE REALIZA CONSULTA CON TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD (BATA, TAPABOCAS, CARETA).

Enfermedad Actual: OCUPACION: GESTOR DE PAPELERIA

PACIENTE ADULTO MAYOR DE 67 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS TIPO II INSULINO REQUIRIENTE (2004), VALORADO EL 18/11/19 POR ENDOCRINOLOGIA DR CHICA QUIEN ANTE INICIO RECIENTE DE MANEJO FARMACOLOGICO NO REALIZA AJUSTE E INDICA CONTINUAR LOS CONTROLES POR EL PROGRAMA CON ULTIMO CONTROL EL 21/5/2020 POR TELECONSULTA; MAL ADHERENTE A LAS RECOMENDACIONES, NO ASISTIO A NUTRICION, DEBIDIO A LA MALA ADHERENCIA

* SE ENCUENTRA EN MANEJO CON:

- INSULINA GLARGINA 20 UI SC EN LA NOCHE

- VILDAGLPTINA 50 MG CADA 12 HORAS.

// REFIERE QUE TIENE INTOLERANCIA A METFORMINA

//GLUCOMETRIAS:

- AD: 150-154-156-170-143-142-173-176-165-153-161-171-171-170-156-167-174-147-183-190-186-181-181-205-197

Y APORTA 1 HORA DESPUES DE LA CENA NO VALIDAS POR SER ANTES DE 2 HORAS

PARACLINICOS: MAYO DE 2020

-26/09/19 HBA1C: 11.4%.

REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntomas Generales: No presenta.

Neurológico: Sin síntomas.

Mental: Sin síntomas.

Organos de los Sentidos: Sin síntomas.

Respiratorio: Sin síntomas.

Cardiovascular: Sin síntomas.

Gastrointestinal: Sin síntomas.

Genitourinario: Sin síntomas.

Osteomusculoarticular: Sin síntomas.

Mamas: Sin síntomas.

Piel y Faneras: Sin síntomas.

Hematológico y Linfático: Sin síntomas.

Endocrinológico: Sin síntomas.

SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA

DIABETES.

Fecha de ingreso al programa: 15/01/2015.

Clasificación del pie

1. Clasificación de pie diabético (Derecho): Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo.

2. Clasificación de pie diabético (Izquierdo): Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo,

Riesgo de la enfermedad

1. Riesgo cardiovascular: 18 - Framingham

Riesgo del pie

1. Riesgo del pie Derecho: Riesgo 0.

2. Riesgo del pie Izquierdo: Riesgo 0,

Incidente / Evento Asociado

1. Incidente o evento asociado a la medicación (Diabetes Mellitus): No

Seguimiento

1. Egreso del programa: No.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Frecuencia Cardíaca: 70 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 60 mmHg
Tensión Arterial Media: 76.7 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 110 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 60 mmHg
Temperatura: 36.5 °C
Peso: 68.6 Kg
Talla: 1.65 m
Índice de Masa Corporal: 25.2 (kg/m2) -Sobrepeso
Circunferencia de la cintura: 99 cm
Superficie corporal: 1.8 m2

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: LESION CON BORDE ACTIVO DE 8 CENTIMETROS EN BRAZO IZQUIERDO CARA LATERAL TERCIO DISTAL.

OTROS PARACLINICOS

Prueba Rapida Hemoglobina Glicosilada

Fecha de realización: 07/07/2020 00:00:00.

Prueba rápida hemoglobina glicosilada: 7.9.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE ADULTO MAYOR DE 67 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS TIPO II INSULINO REQUIRIENTE (2004), VALORADO EL 18/11/19 POR ENDOCRINOLOGIA DR CHICA QUIEN ANTE INICIO RECIENTE DE MANEJO FARMACOLOGICO NO REALIZA AJUSTE E INDICA CONTINUAR LOS CONTROLES POR EL PROGRAMA CON ULTIMO CONTROL EL 21/5/2020 POR TELECONSULTA; MAL ADHERENTE A LAS RECOMENDACIONES, NO ASISTIO A NUTRICION, DEBIDO A LA MALA ADHERENCIA
HOY HBAG1 7.9 MAS CERCA DE META Y MEJORIA NOTABLE CON PREVIA DE 09/2019 11.3%
NO TOLERA METFORMINA SE CONTINUA ESQUEMA PERO POR GLUCOMETRIAS POR FUERA DE RANGO AUMENTO DOSI DE INSULINA Y EDUCO SOBRE HORARIOS TOMA DE GLUCOMETRIA
PENDIENTE VALORACION POR NUTRICION
HABITOS DE VIDA SALUDABLE Y SIGNOS ALARMA
CONTINUAR MEDIDAS PREVENTIVAS DE CORONAVIRUS
SE ORDENA MANEJO MICOSIS DE BRAZO IZQUIERDO

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119), Clasificacion de la enfermedad: Diabetes tipo 2, Confirmado nuevo, Causa Externa: Enfermedad general.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

ADHERENCIA A PROGRAMAS**DIABETES**

Adherencia: Paciente mal adherente a dieta actividad física y controles, AHORA MEJORIA DE CIFRAS DE HBAG1.

PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS**FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO**

1. Fluconazol Cap 200 mg: Tomar (vía Oral) 1 cápsula cada 7 día(s) por 28 día(s). Cantidad total: 4, Número de entregas: 1

FÓRMULA MÉDICA - USO CONTINUO

1. Insulina Glargina 100UI/mL (300 UI/3mL) Sol iny Jer Prell (PEN) x 3mL: Inyectar (vía subcutánea) 24 UI en la tarde, por 60 día(s). Número de entregas: 2, Vigencia del tratamiento: 07/07/2020 - 05/09/2020.
2. Aguja desechable pen 32Gx4mm: cada 24 hora(s) por 60 día(s). Cantidad total: 60, Número de entregas: 2, Vigencia del tratamiento: 07/07/2020- 05/09/2020,
3. Vildagliptina 50 mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 12 hora(s) por 60 día(s). Cantidad total: 120, Número de entregas: 2, Vigencia del tratamiento: 07/07/2020- 05/09/2020,
4. Tira de glucometría: 50 Unidad cada 30 día(s) por 60 día(s). Cantidad total: 100, Número de entregas: 2, Vigencia del tratamiento: 07/07/2020- 05/09/2020,
5. Lanceta de Glucometría: 50 Unidad cada 30 día(s) por 60 día(s). Cantidad total: 100, Número de entregas: 2, Vigencia del tratamiento: 07/07/2020- 05/09/2020,

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita PRUEBA RAPIDA HEMOGLOBINA GLICOSILADA, No. 1.

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES**Recomendación 1:**

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: COLESTEROL TOTAL < 200, HDL > 40, LDL < 150, TRIGLICÉRIDOS < 150, GLICEMIA EN AYUNAS < 100, HB GLICOSILADA < 7.0, PA MENOR 130/80 MM HG

RECOMENDACIONES PARA DISMINUIR LA PROBABILIDAD DE INFECCION POR COVID 19 (CORONAVIRUS): LÁVESE LAS MANOS FRECUENTEMENTE: LÁVESE LAS MANOS CON FRECUENCIA CON UN DESINFECTANTE DE MANOS A BASE DE ALCOHOL O CON AGUA Y JABÓN. ¿POR QUÉ? LAVARSE LAS MANOS CON UN DESINFECTANTE A BASE DE ALCOHOL O CON AGUA Y JABÓN MATA EL VIRUS SI ESTE ESTÁ EN SUS MANOS. ADOPTAR MEDIDAS DE HIGIENE RESPIRATORIA: AL TOSER O ESTORNUDAR, CÚBRASE LA BOCA Y LA NARIZ CON EL CODO FLEXIONADO O CON UN PAÑUELO; TIRE EL PAÑUELO INMEDIATAMENTE Y LÁVESE LAS MANOS CON UN DESINFECTANTE DE MANOS A BASE DE ALCOHOL, O CON AGUA Y JABÓN. ¿POR QUÉ? AL CUBRIR LA BOCA Y LA NARIZ DURANTE LA TOS O EL ESTORNUDO SE EVITA LA PROPAGACIÓN DE GÉRMENES Y VIRUS. SI USTED ESTORNUDA O TOSE CUBRIÉNDOSE CON LAS MANOS PUEDE CONTAMINAR LOS OBJETOS O LAS PERSONAS A LOS QUE TOQUE. MANTENGA EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL: MANTENGA AL MENOS 2 METROS DE DISTANCIA ENTRE USTED Y LAS DEMÁS PERSONAS, PARTICULARMENTE AQUELLAS QUE TOSAN, ESTORNUDEN Y TENGAN FIEBRE. ¿POR QUÉ? CUANDO ALGUIEN CON UNA ENFERMEDAD RESPIRATORIA, COMO LA INFECCIÓN POR EL 2019-NCOV, TOSE O ESTORNUDA, PROYECTA PEQUEÑAS GOTÍCULAS QUE CONTIENEN EL VIRUS. SI ESTÁ DEMASIADO CERCA, PUEDE INHALAR EL VIRUS. EL USO DE GUANTES NO PREVIENE EL CONTAGIO CON EL VIRUS, DE HECHO CREA LA FALSA SEGURIDAD DE ESTAR PROTEGIDO, PUDIENDO TRANSPORTAR EL VIRUS EN DICHOS GUANTES Y CONTAMINAR TODO A TU ALREDEDOR. LAVASE LAS MANOS CON ABUNDANTE AGUA Y JABON SIEMPRE QUE TOQUE SUPERFICIES FUERA DE SU CASA Y AL RECIBIR DOMICILIOS. TODOS LOS PRODUCTOS QUE LLEVE A SU CASA DEBEN SER LIMPIADOS O LAVADOS CON AGUA Y JABON O SOLUCION CLORADA. EVITE TOCARSE LOS OJOS, LA NARIZ Y LA BOCA: ¿POR QUÉ? LAS MANOS TOCAN MUCHAS SUPERFICIES QUE PUEDEN ESTAR CONTAMINADAS CON EL VIRUS. SI SE TOCA LOS OJOS, LA NARIZ O LA BOCA CON LAS MANOS CONTAMINADAS, PUEDES TRANSFERIR EL VIRUS DE LA SUPERFICIE A SI MISMO. AL LLEGAR A CASA, QUITESE TODA LA ROPA EN LA ENTRADA, INTRODUZCALA EN UNA BOLSA Y LAVELA. LIMPIE LOS ZAPATOS CON UN TRAPO HUMEDO JABONOSO O SOLUCION CLORADA. DUCHESE CON ABUNDANTE AGUA Y JABON. SI TIENE FIEBRE, DOLOR DE GARGANTA, DOLOR MUSCULAR, TOS Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SOLICITE ATENCIÓN MÉDICA A TIEMPO. ¿POR QUÉ? SIEMPRE QUE TENGA FIEBRE, TOS Y DIFICULTAD PARA

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

RESPIRAR, ES IMPORTANTE QUE BUSQUE ATENCIÓN MÉDICA DE INMEDIATO, YA QUE DICHOS SÍNTOMAS PUEDEN DEBERSE A UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA O A OTRA AFECCIÓN GRAVE. LOS SÍNTOMAS RESPIRATORIOS CON FIEBRE PUEDEN TENER DIVERSAS CAUSAS, Y DEPENDIENDO DE SUS ANTECEDENTES DE VIAJES Y CIRCUNSTANCIAS PERSONALES, EL CORONAVIRUS PODRÍA SER UNA DE ELLAS

LÍNEAS DE INFORMACIÓN COVID 19

ATENCIÓN INTEGRAL INMEDIATA:

LÍNEA GRATUITA 018000919100 OPCIÓN 6 LUEGO 1

LÍNEA CRUE DEPARTAMENTAL 3012737787

ACUDE AL CENTRO COVID SEDE ANTONIO NARIÑO. Carrera 11 No. 17n -111, Antonio Nariño

RECOMENDACIONES GENERALES: CONTINUIDAD DE LOS CONTROLES POR EL PROGRAMA EN CRÓNICOS CADA 3 MESES O SEGÚN LO PACTADO Y ANTES DE QUE SE LE TERMINEN LOS MEDICAMENTOS.

EVITAR EL LICOR, EL CIGARRILLO U OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

ACUDIR A TALLERES Y REMISIONES ORDENADAS EN CITAS MEDICAS

SI EL MÉDICO INDICA EL USO DE ALGÚN MEDICAMENTO, ÉSTE MOSTRARÁ UN MEJOR EFECTO SI SE COMBINA CON HÁBITOS ADECUADOS EN EL ESTILO DE VIDA QUE INCLUYEN LA ALIMENTACION Y EL EJERCICIO

SÍNTOMAS Y ENFERMEDADES QUE NO CORRESPONDAN A SU ENFERMEDAD CRÓNICA SE ESTUDIAN Y TRATAN POR CONSULTA GENERAL.

MEDICAMENTOS: TOMAR SU MEDICACIÓN SIN FALTA TODOS LOS DÍAS, EN HORARIOS ESTABLECIDOS POR SU MEDICO Y NO SUSPENDER SIN ORDEN MÉDICA ASI SE SIENTA BIEN. NO CONSUMIR MEDICAMENTOS SIN SER FORMULADOS POR MÉDICOS U ODONTÓLOGOS. NUNCA TOMAR ANTIGRIPALES.

DIETA LIBRE DE BACTERIAS CON LAVADO DE MANOS ANTES COMIDAS, ANTES PREPARAR O CONSUMIR ALIMENTOS, ALIMENTOS BIEN COCIDOS, LAVADO DE FRUTAS Y VERDURAS CON AGUA Y JABON, CONSUMO DE AGUA HERVIDA

EVITAR EL LICOR, EL CIGARRILLO U OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS VIGILAR HERIDAS, AMPOLLAS O INFECCIONES EN LOS PIES

CORTE RECTO DE LAS UÑAS PARA EVITAR QUE SE ENCARNEN

USO DE CALZADO SUAVE Y CERRADO

SE RECOMIENDA CAMBIO DE ÁREAS DE APLICACION DE INSULINA E INFORMAR CUALQUIER CAMBIO EN LA TEXTURA O COLOR DE LA PIEL

SIGNOS DE ALARMA: ACUDIR A URGENCIAS SI DOLOR DE CABEZA INTENSO, DOLOR DEL PECHO O BRAZO IZQUIERDO O MANDIBULA, ADORMECIMIENTO O INCAPACIDAD DE MOVER ALGUNA PARTE DEL CUERPO, DESMAYOS, SED INTENSA, ORINADERA PERSISTENTE, ÁREAS NEGRAS EN PIEL, CUALQUIER INDICIO DE INFECCION

CUALQUIER SÍNTOMA QUE CONSIDERE DEBE SER VALORADO POR PROFESIONAL DE LA SALUD. LA CLÍNICA LA ESTANCIA ES EL SITIO SUGERIDO

ACTIVIDAD FÍSICA: CAMINAR MEDIA HORA 5 VECES A LA SEMANA EN PLANO

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS: RECURRIR AL USO DE HIERBAS AROMÁTICAS PARA RESALTAR EL SABOR DE LOS ALIMENTOS, EVITAR ADICIONAR SAL A LOS ALIMENTOS.

RETIRAR EL SALERO DE LA MESA

EN LOS RESTAURANTES ELEGIR EN EL MENÚ LAS ENSALADAS, POLLO, CARNE O PESCADOS A LA PARRILLA.

OPTAR POR ALIMENTOS AL VAPOR, ASADOS, COCIDOS Y HERVIDOS

MODERAR EL CONSUMO DE CAFÉ Y BEBIDAS OSCURAS.

ASEGURAR UN CONSUMO ADECUADO DE CALCIO A TRAVÉS DE LECHE Y DERIVADOS COMO EL QUESO.

AUMENTAR LA INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS, -RESTRINGIR EL USO DE AZÚCAR- PANELA, NO CONSUMO DE GASEOSAS, EVITAR LOS ALIMENTOS DE PANADERIA TORTAS POSTRES PAN, DISMINUIR EL CONSUMO DE CARNES ROJAS, ENLATADOS, EMBUTIDOS, MANTENER UN ADECUADO CONSUMO DE AGUA 4 VASOS FUERA DE LAS SOBREMESAS

DISMINUIR EL CONSUMO DE ALIMENTOS PREPARADOS CON : YEMA DE HUEVO (TODO LO DE PANADERIA Y CONSUMO DE PREFERENCIA SOLO DE LA CLARA), QUESO DOBLE CREMA O MOZARELLA, LECHE ENTERA (REEMPLAZARLA POR DESCREMADA, RECORDAR QUE ES DIFERENTE A DESLACTOSADA), MANTEQUILLA, MARGARINAS, ACEITE DE PALMA, ACEITE REUTILIZADO, MENUDENCIAS Y VÍSCERAS, CARNES FRÍAS O EMBUTIDOS, CALDOS DE HUESO, PIEL DEL POLLO, Y FRITOS O GRASAS

REEMPLAZARLOS POR: CLARA DE HUEVO, LECHE DESCREMADA, ACEITES VEGETALES DE SOYA, GIRASOL, CANOLA, Y DE OLIVA, UTILIZAR SOLO ACEITE NUEVO, CARNE MAGRA O PULPA, POLLO SIN PIEL, PREPARAR LOS ALIMENTOS: ASADOS, COCIDOS O AL VAPOR

CAMINATA DE 30 MINUTOS 3 VECES A LA SEMANA, CONSUMO DE AVENA EN OJUELAS EN AYUNAS LA DIETA DEBERÁ SER RICA EN VERDURAS Y FRUTAS



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

SOLO DIABÉTICOS NO CONSUMIR FRUTAS CON ALTO CONTENIDO EN AZÚCAR COMO LA PIÑA, UVAS, MANZANA, MANGO MADURO
NO CONSUMIR GASEOSAS, MECATO, DULCES. MIEL, PANELA Y AZÚCAR, NI SIQUIERA EN POCAS CANTIDADES
USAR ENDULZANTES ARTIFICIALES TIPO SPLENDA, SUCAROSA, FRUCTOSA O STEVIA (HOJAS, POLVO Y TABLETAS)

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificación (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (crónica) (periférica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonía, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SFXO: Masculino

FTNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

[illegible]

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(22/09/2021)	¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	DIETA COMUN
(20/06/2021)	¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	DIETA COMUN
(08/06/2021)	¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	DIETA COMUN
(18/05/2021)	¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	DIETA COMUN
(24/04/2021)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	DIETA COMUN
(19/03/2021)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/03/2021)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(30/10/2020)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)	
(07/07/2020)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)	
(07/07/2020)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(16/04/2020)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)	
(13/11/2019)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(05/11/2019)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/10/2019)	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(08/11/2018)	¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(01/06/2018)	¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(31/01/2018)	¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No),	POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
 ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
 (06/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
 (04/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
 (23/08/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES
 (14/06/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES
 (15/05/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(22/09/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (20/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (08/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (18/05/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (24/04/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (19/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (04/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (30/10/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (07/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (07/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (16/04/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (13/11/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (05/11/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (04/10/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (08/11/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (01/06/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (31/01/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (06/09/2017) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)
 (04/09/2017) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO
 (15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES**Domicilio**

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad médica aguda: No.
25. Várices: No.

(31/01/2018,10:05:45)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad médica aguda: No.
25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
25. Várices: No.
1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer) : No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses? : No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años? : No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer) : No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses? : No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años? : No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer) : No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

: No.

28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.

- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?

: No.

- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.

10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

- Actualmente fuma?: No.

- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.

- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.

12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.

18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.

19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.

20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.

25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
- 8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
- 12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?
: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)? : No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)? : No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

07/07/2020 19:09:30. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Johana Maireth Bastidas. Reg. Médico. 1089846112. Nutricion Humana.

Contrarreferencia. Admisión No. 42203929. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-591456-1-2.

Edad del paciente: 67 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Antigüedad Ocupación: 6 año(s).

Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 3154530825.

Tipo de atención: Primera Vez. Tipo de Programa: Adulto, Diabetes, Dislipidemia, Sobrepeso, Obesidad..

ANAMNESIS Y CONTROL DE INGESTA

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

Anamnesis nutricional: D: 1 huevo cocido, 2 arepas asadas, café con stevia
MM: Jugo de naranja
ALM: Sopa de cereal, arroz, leguminosas, carne, Jugo de fruta sin dulce
MT: café y 1 arepa frita
C: lo mismo del almuerzo

Observaciones: REFIERE TENER BUEN APETITO FRENTE A TODOS LOS TIEMPOS DE COMIDA, EN OCASIONES PRESENTA ESTREÑIMIENTO, NO REFIERE ALERGIA E INTOLERANCIA A LOS ALIMENTOS.
LA ALIMENTACIÓN SE EVIDENCIA CON ABUNDANTE CONSUMO DE ALIMENTOS ENERGÉTICOS, AZUCARES, ALIMENTOS FRITOS, ALIMENTACIÓN POCO VARIADA.
Intervención Nutricional: Recomendaciones y Educación.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Motivo de consulta: TELECONSULTA NO PRESENCIAL CON NUTRICIÓN PARA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR SOBREPESO.

Enfermedad Actual: DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE .

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

Peso actual: 68,6 kg.

Talla: 1,65 m.

Índice de masa corporal: 25,2(kg/m²) - -Sobrepeso

Perímetro abdominal: 99 cm.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE DE 67 AÑOS DE EDAD A QUIEN SE REALIZA TELE CONSULTA DEBIDO A CONTINGENCIA COVID 19 CON NUTRICIÓN DEBIDO A SOBREPESO Y DIAGNOSTICO MÉDICO DE DIABETES MELLITUS, NO SE REALIZA EXAMEN FÍSICO POR MODALIDAD DE ATENCIÓN, EL DIAGNOSTICO NUTRICIONAL SEGUN ULTIMA VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA ARROJADA EN HISTORICA CLÍNICA ES DE SOBREPESO. SE EVIDENCIA UNA ALIMENTACIÓN POCO VARIADA, ESCASA CONSUMO FRECUENTE DE CARBOHIDRATOS, BAJO CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, LÁCTEOS; EN OCASIONES EL CONSUMO DE 2-3 CARBOHIDRATOS POR COMIDA, PRACTICA ACTIVIDAD FÍSICA USUALMENTE.

META PARA EL PROXIMO CONTROL EN 3 MESES, BAJAR 3-4 KG SIGUIENDO LAS RECOMENDACIONES BRINDADAS, CON PLAN ALIMENTARIO HIPOGLUCIDO, HIPOCALORICO, HIPOGRASO, CUMPLIR CON LOS 5 TIEMPOS DE COMIDA, FOMENTAR EL CONSUMO DE AGUA Y PRACTICAR EJERCICIO FISICO MINIMO 3 VECES POR SEMANA. SE BRINDA MEDIANTE TELE CONSULTA EDUCACIÓN EN HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y CONSUMO AGUA, LAVADO DE MANOS, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN DE ALIMENTOS.

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Aumento anormal de peso (R635), Clasificación Nutricional: Sobrepeso, Confirmado nuevo, Causa Externa: Otra .

Diagnóstico Asociado 1: Diabetes mellitus no insulínica sin complicación (E119), Tiempo Evolución: 12 Año(s), Estado de la enfermedad: Controlado, Confirmado repetido.

PLAN DE MANEJO - DIETA

Modificada en carbohidratos, Modificada en grasas, Ajuste calórico.

PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN

INTERCONSULTA

1. Se solicita interconsulta a Nutrición Por solicitud del médico tratante. Justificación: CONTROL Y SEGUIMIENTO CON NUTRICIÓN EN 3 MESES POR SOBREPESO .

2. Se solicita interconsulta a Nutrición Por solicitud del médico tratante. Justificación: CONTROL Y SEGUIMIENTO CON NUTRICIÓN EN 3 MESES POR SOBREPESO .

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: "EJEMPLO DE TU MENU MODELO

DESAYUNO:

Bebida en _____ Agua _____ sin dulce (1 pocillo)
Proteína (huevo no frito o queso) (1 porción)
Harina (1 porción)
Fruta entera (1 porción)

MEDIAS NUEVES: Fruta entera (1 porción)

ALMUERZO:

Proteína (Carnes) (1 porción)
Harina (1 porción)
Verdura cruda y cocida (1 porción)
Bebida sin azúcar (1 vaso)

ONCES: Fruta entera (1 porción)

CENA: Similar al desayuno con 1 porción de harina

Una porción de HARINA equivale a:

1 pocillo de cereal sin dulce	1 pan integral	1 pan blanco	1 tajada de pan
2 tostadas o calados	1 arepa mediana	5 galletas soda	2 pocillos de maíz pira
1/2 plato de sopa de cualquier tipo	1/2 pocillo chocolatero de arroz	1/2 arracacha mediana	2 papas comunes pequeñas
6 papas criollas medianas	1/2 plátano hartón	2 astillas pequeñas de yuca	
1 pocillo de pastas en cocido	3/4 de pocillo de leguminosa: frijol, lenteja, garbanzo, soya o arveja seca		

Una porción de FRUTA equivale a:

1/2 banano	1 pitaya mediana	1/4 mango tomy	12 unidades de uchuvas
1 manzana pequeña	1 tajada delgada de piña	1 ciruela chilena	2 higos
3 ciruelas comunes	1 zapote	1 durazno mediano	1 mango de azúcar
1 pera	1 naranja pequeña	1 mandarina pequeña	2 tajadas de melón
12 unidades de mora	6 cdas soperas de guanábana	1 tajada de papaya	1 toronja
1 guayaba mediana	2 feijoas medianas	1 granadilla	1 tajada delgada de patilla
13 unidades de fresas	20 uvas nacionales	2 kiwis medianos	

RECOMENDACIONES GENERALES: "RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

CARBOHIDRATOS (4)

(NO REPETIR)

1 pan, mogolla, arepa delgada	¿ pocillo de cereal	1 tajada de pan	1 tostada o calado grande
2 calados pequeños	2 galletas soda	¿ taza de sopa	1 astilla de arracacha o yuca
3 cucharadas soperas de arroz	1 papa común	3 papas criollas mediana	¿ plátano
¿ pocillo de pasta cocida			

VERDURAS (2)

¿ pocillo de ahuyama cocida	¿ remolacha	1 zanahoria mediana	2 cucharadas de leguminosa verde
Las demás verduras a libre demanda			

FRUTAS (3)

(NO JUGOS DE FRUTA NI NATURALES NI INDUSTRIALIZADOS, LAS FRUTAS SE COMEN ENTERAS)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

¿ banano	2 guayabas	¿ pitaya	1 ciruela chilena
1 higo	10 uvas	2 ciruelas comunes	1 mandarina
1 zapote	2 curubas	1 mango de azúcar	1 naranja
1 durazno nacionales	¿ mango tomy	13 fresas	1 durazno importado
1 manzana de agua	1 pera	¿ manzana California	¿ pocillo de uchuvas
1 granadilla	1 pocillo de melón	1 tajada de patilla	1 melocotón
4 cucharadas de guanábana	1 pocillo de mora	1 cucharada de tamarindo	1 pocillo de papaya
¿ tajada delgada de piña	1 lima	¿ toronja	

PROTEINAS (3) (CARNES SIN PIEL Y SIN GORDO)

1 huevo (equivalente a 1/2 porción)	¿ tajada delgada de pescado
1 salchicha pequeña	2 cucharadas de atún
5 cucharadas de mezclas vegetales	1 tajada delgada de jamon bajo en grasa
3 cucharadas de frijol, lenteja, garbanzo, arveja seca	60 gramos de carne de res magra, ternera o pollo (3 cucharadas soperas)

LECHE Y LACTEOS (2 a 3) (DESCREMADOS Y SIN AZUCAR - BENECOL O SLIGHT DE COLANTA POR EJEMPLO)

100 g de leche	100 g de yogurt con dulce	30 gramos de queso (1 onz)
120 g de kumis o yogurth sin dulce		

GRASAS (1) (NO FRITOS)

1 cucharadita de aceite vegetal o margarina o mantequilla o mayonesa	1/4 aguacate
2 1/2 cucharadas de crema de leche	1 cucharada de maní

AZUCARES Y DULCES (0) (NO AZUCAR, NO MIEL, NO PANELA, NO EDULCORANTES, NO GASEOSAS)

1 cucharadita de azúcar	1 cucharada de arequipe
¿ bocado veleno	1/2 pastilla de chocolate
1 chokolatina pequeña	¿ pocillo de gelatina preparada
3 cucharadas de helado	2 cucharadas de chocolate en polvo

1. ACTIVIDAD FISICA DIARIA 30 Y 60 MINUTOS (SALTAR LAZO, BAILAR, MONTAR BICI ETC)
2. BEBIDA PRINCIPAL AGUA 8 VASOS/DIA ADICIONE GOTAS DE LIMON PARA MEJOR ACEPTABILIDAD
3. NO PRODUCTOS DE PAQUETE
4. NO GASEOSAS, NO PONY MALTA, NO TE DE BOTELLA, NO AGUA DE ALOE ETC."

ACTIVIDAD FÍSICA: Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias, musculares, la salud ósea y de reducir el riesgo de complicaciones de la diabetes se recomienda que se dediquen 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas (caminar, bailar, trotar, pedalear, nadar)

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE: "CARNES

Preferir: Consumir pescado y pollo sin piel. Carne de res, ternera, pollo, cerdo magra

Evitar: Carnes grasosas: chicharrón, costillas, etc. Carnes de salsamentaria (jamón, jamoneta, mortadela), embutidos (salchicha, salchichón), vísceras (hígado, pajarilla, callo, chunchullo, menudencias de pollo), piel de pollo, fritanga

LACTEOS

Preferir: Leche semi o descremada, kumis y yogurt bajo en grasa y sin azúcar añadida. Queso descremado (pera, mozzarella, campesino)

Evitar: Leche deslactosada, Quesos grasosos como campesino entero, doble crema, parmesano, roquefort, costeño, holandés. Queso de untar o cuajada.

FRUTAS Y VERDURAS

Preferir: Frutas y verduras enteras o al natural (NO JUGOS)

Evitar: Jugos de frutas, frutas y verduras enlatadas o en frascos, frutas cristalizadas

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Médico Tratante: JOHANA BASTIDAS ROSALES.

HARINAS

Preferir: En lo posible incluya alimentos integrales como pan, galletas, calados integrales, avena en hojuelas, cereales del desayuno sin dulce (sin azúcar, panela, miel, melaza). Todas las harinas se pueden consumir teniendo en cuenta la porción y la mezcla de las mismas.
Evitar: Productos de pastelería: tortas, bizcochos, ponqués, galletas, buñuelos, almojábanas, pan de yuca, roscones. Empanadas, tamales, maíz pira, productos empaquetados como chitos, papas, patacones, maizitos, cereales para el desayuno con azúcar o miel.

DULCES

Preferir: Como alternativa puede consumir edulcorantes 100% stevia; tenga en cuenta que no son de libre consumo.
Evitar: Azúcar, miel, panela, fructosa y productos que los contengan como: chocolatinas, golosinas, caramelos, helados, dulces caseros, mermelada, bocadillo, cocoa, gelatina, arequipe, jalea, postres y dulces en general.

BEBIDAS

Preferir: Consuma suficiente agua al día. Consuma bebidas sin dulce como limonada natural, aromáticas, aguas saborizadas, té en agua, refrescos dietéticos, tinto, chocolate sin azúcar, gelatina dietética.
Evitar: Jugo de frutas naturales ni industrializados, gaseosas con o sin azúcar, chocolate con azúcar, agua de panela, bebidas energizantes, refrescos con azúcar (Mr. Te, Suntea, Tang, Frutiño), bebidas alcohólicas, agua de aloe.

GRASAS

Preferir: Esta permitido el uso de aceites vegetales en especial de canola y girasol (cocido), oliva (crudo). Aguacate, semillas secas.
Evitar: Mantequilla, margarina, mayonesa, crema de leche, manteca, frituras.

CONDIMENTOS

Preferir: Condimentos naturales, cebolla, tomate, perejil, pimentón, ajo. Cilantro, tomillo, laurel, etc en diferentes preparaciones.
Evitar: Evite usar el salero en la mesa. Evite el consumo de sopas de sobre, caldos de cubo, salsa de soya, bicarbonato de sodio, alimentos procesados, salsa de tomate, aderezos para ensaladas a base de mayonesa.

Otras Recomendaciones:

- Mastique bien los alimentos y no realice ninguna otra actividad mientras come
- Consuma los alimentos en un ambiente tranquilo y agradable
- Su alimentación debe ser fraccionada con 5 a 6 comidas al día, en un horario estricto, y en lo posible no omitir ninguna (Desayuno, almuerzo, merienda, Cena)."

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificación (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (crónica) (periférica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonía, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(22/09/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(20/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(08/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(18/05/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(24/04/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(19/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(30/10/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(16/04/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(13/11/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(05/11/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/10/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(08/11/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(01/06/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(31/01/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(06/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(04/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(23/08/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(14/06/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES
(15/05/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(22/09/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(20/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(08/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(18/05/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(24/04/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(19/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
(04/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
(30/10/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
(07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(16/04/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(13/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(05/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(04/10/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(08/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(01/06/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(31/01/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(06/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)
(04/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO
(15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)
(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)**- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES****Domicilio**

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Sí, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quién vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Varices: No.
- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
- 14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
- 19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
- 20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años? : No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer) : No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses? : No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
- 19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
- 22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
- 24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
- 25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
- 26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
- 27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
- 28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 16. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
- 8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
- 12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

18/05/2021 07:41:03. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Judith Patricia Jaramillo Garzón. Reg. Médico. 34549603. Medicina General.

Historia Clínica de Paciente Crónico. Admisión No. 53544772. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-591456-1-2.

Edad del paciente: 68 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 3154530825.

Tipo de atención: Control. Tipo de Programa: Diabetes, Dislipidemia, Sobrepeso, Obesidad..

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Acompañante: ACUDE CON EL HIJO . Teléfono: 3154530825.

Motivo de consulta: " CONTROL DE CRONICOS "

¿SE REALIZA ATENCION PRESENCIAL UTILIZANDO LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, RESPETANDO LOS PROTOCOLOS DE

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

MINSALUD Y SANITAS, CON EL OBJETIVO DE DISMINUIR EL RIESGO DE TRASMISION POTENCIAL DE COVID 19. ¿

Enfermedad Actual: PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD
ORIGEN Y PROCEDENCIA: POPAYAN
OCUPACION: INDEPENDIENTE CON GESTOR DE TRAMITES

CON DX DE :
-DM TIPO 2 INSULINO REQUIRIENTE DESDE HACE MAS DE 17 AÑOS
-DISLIPIDEMIA

ACTUALMENTE EN CONTROL MEDICO REGULAR
ULTIMO CONTROL POR PROGRAMA DE CRONICOS :JULIO DEL 2020
NO ADHERENTE AL PROGRAMA DE CRONICOS
REFIERE SENTIRSE BIEN ASINTOMATICO ACTUALMENTE

RECIBE :
-INSULINA GLARGINA 26 UNIDADES SC DIA
-VILDAGLIPTINA 50 MG X1
HOY SE DA NUEVO ESQUEMA ASI:
-INSULINA GLARGINA 28 UNIDADES SC DIA
-METFORMINA MAS VILDAGLIPTINA 1000 - 50 MG X2
-DAPAGLIFOZINA 10 MG X1

EN EL MOMENTO ESTABLE NIEGA CEFALEA , DISNEA , PRECORDIALGIAS , SIGNOS NEUROLÓGICOS
NIEGA POLIURIA Y POLIDIPSIA
REFIERE BUENA TOLERANCIA A LOS MEDICAMENTOS INDICADOS
NO HACE DIETA DIRIGIDA
NO HACE DEPORTE
NO FUMA NIEGA INGESTA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS
NO HA CONSULTADO EN EL ULTIMO MES AL SERVICIO DE URGENCIAS
RIESGO CARDIO VASCULAR :20%
PENDIENTE TOMA DE PARACLINICOS YA ORDENADOS EL DIA DE HOY
H B GLICOSILADA DEL 10 DE ABRIL DEL 2021 10.3
NO APORTA RECORD DE GLUCOMETRIAS EL DIA DE HOY
REFIERE HOY GLUCOMETRIA AYUNAS DE 140

FAMILIOGRAMA CONVIVE CON : LA ESPOSA E HIJOS Y NIETOS
RESTO DE LA REVISION POR SISTEMAS NO REFIERE OTROS
ANTECEDENTES FAMILIARES : HERMANOS DM

REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Anexos: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

DIABETES.

Fecha de ingreso al programa: 15/01/2015.

*** Valoración inicial****Valoración inicial**

1. Fecha de diagnóstico de diabetes
: 07/05/2003.
2. ¿Paciente pertenece al programa de Unidad de Práctica Integrada (UPI)? : No.
3. Enfermedad coronaria

: No.

4. Enfermedad cerebrovascular

: No.

5. Falla cardíaca

: No.

6. Enfermedad renal crónica

: No.

7. Enfermedad hepática asociada

: No.

8. Enfermedad vascular periférica

: No.

9. Retinopatía diabética

: No.

10. Neuropatía diabética

: No

*** Seguimiento****Metas**

1. Meta de HbA1c acordada con el paciente
: <7%.
2. Meta de Tensión arterial acordada con el paciente
: <130/80 mmHg.
3. Meta de Colesterol LDL acordada con el paciente
: <100.
4. Meta de pérdida de peso acordada con el paciente (Kg)
: 5.0

Adherencia del paciente

1. ¿Realiza al menos 150 minutos de actividad física a la semana?
: No.
2. ¿El paciente es adherente a la terapia farmacológica?
: No.
3. ¿Realiza plan alimentario indicado?
: No.
4. Red de apoyo familiar para cambios del estilo de vida
: Buena.
5. Conciencia de enfermedad
: Si.
6. Asistencia en los últimos tres meses a algún taller de educación
: Si.
7. ¿El paciente asiste a un programa de nefroprotección?
: Si

Hipoglucemia

1. ¿El paciente ha presentado hipoglucemia?

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No

Urgencias

1. ¿El paciente ha consultado a urgencias desde que fue valorado por ultima vez en el programa?

: No

Hospitalización

1. ¿El paciente ha requerido una hospitalización desde que fue valorado por ultima vez en el programa?

: No

Oftalmología

1. ¿Cuándo fue el último control de oftalmología?

: 14/04/2021.

2. ¿Presenta retinopatía?

: Retinopatía diabética preproliferativa,

* Insulinización

Técnica de aplicación (SOLO DEBE RESPONDER SI EL PACIENTE TIENE TERAPIA CON INSULINA)

1. ¿Utiliza medicación inyectable subdérmica?

: Basal análoga (Glargina U100 - Detemir).

2. Tiempo de aplicación de la insulina

: 1 - Años.

3. Dispositivo utilizado

: Pen.

4. Lugar de aplicación

: Región del abdomen.

5. ¿Realiza adecuada rotación de la aplicación?

: Si.

6. ¿Cuál es la longitud de la aguja que el paciente usa?

: 4mm.

7. ¿Reutiliza agujas o jeringa para aplicación?

: No.

8. Ultima consulta de educación en insulinoterapia por parte de enfermería

: 02/03/2021

Lipodistrofias

1. ¿Presenta el paciente lipodistrofia en la región del abdomen?

: No.

2. ¿Presenta el paciente lipodistrofia en la región externa de brazos?

: No.

3. ¿Presenta el paciente lipodistrofia en la región anterolateral de muslos?

: No.

4. ¿Presenta el paciente lipodistrofia en la región superior externa del glúteo?

: No

Glucometrías

1. ¿El paciente cuenta con dispositivo para toma de glucometrías?: Glucómetro.

2. Promedio de glucometrías en ayunas (mg/dL)

: 140.0

* Pie diabético

Hallazgos ortopédicos, piel y faneras

1. Presenta Hallux Valgus

: No presenta.

2. Dedos en garra

: No presenta.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

3. Dedos en martillo

: No presenta.

4. Pie cavo

: No presenta.

5. Pie plano

: No presenta.

6. Hiperqueratosis

: No presenta.

7. Hongos en las uñas

: No presenta.

8. Deformidades en las uñas

: No presenta.

9. Charcot

: No presenta.

10. Otros

: No presenta,

Hallazgos vasculares

1. Pulso pedio (derecho)

: Normal.

2. Pulso pedio (izquierdo): Normal.

3. Pulso tibial posterior (derecho)

: Normal.

4. Pulso tibial posterior (izquierdo): Normal.

5. Claudicación

: No presenta.

6. Varices

: No presenta.

7. Telangectasias

: No presenta,

Hallazgos neurológicos

1. Alteración a la sensibilidad (monofilamento) (derecho)

: Normal.

2. Alteración a la sensibilidad (monofilamento) (izquierdo)

: Normal.

3. Reflejo aquiliano (derecho)

: Normal.

4. Reflejo aquiliano (izquierdo)

: Normal.

5. Reflejo rotuliano (derecho)

: Normal.

6. Reflejo rotuliano (izquierdo)

: Normal.

7. Percepción de vibración (Diapasón) (derecho)

: Normal.

8. Percepción de vibración (Diapasón) (izquierdo)

: Normal.

9. Percepción de dolor (estrella) (derecho)

: Normal.

10. Percepción de dolor (estrella) (izquierdo)

: Normal.

11. Piel seca

: No presenta,

Alteración de la marcha

1. Marcha en talones (derecho)

: Normal.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

2. Marcha en talones (izquierdo)

: Normal.

3. Marcha en puntas de pie (derecho)

: Normal.

4. Marcha en puntas de pie (izquierdo)

: Normal,

Úlceras activas

1. Presencia de úlcera activa (derecho)

: No.

2. Presencia de úlcera activa (izquierdo)

: No

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD..

Fecha de ingreso al programa: 29/06/2016.

Riesgo Cardiovascular

1. Riesgo cardiovascular: 18 - Framingham

Incidente / Evento asociado

1. Incidente o evento asociado a la medicación (Dislipidemia, Sobrepeso, Obesidad): No.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general

Frecuencia Cardíaca: 70 Latidos/min

Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min

Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg

Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg

Tensión Arterial Media: 86.7 mmHg

Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 120 mmHg

Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg

Temperatura: 36 °C

Peso: 67.8 Kg

Talla: 1.58 m

Índice de Masa Corporal: 27.16 (kg/m2) -Sobrepeso

Circunferencia de la cintura: 98 cm

Superficie corporal: 1.76 m2

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.

Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.

Cuello: Sin masas ni adenopatías.

Mama: NORMALES.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.

Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..

Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.

Genitales: NORMALES.

Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.

Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.

Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.

Mental: NORMALES.

Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..

Piel y Faneras: Normal.

PARACLINICOS DE PROGRAMAS

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

DIABETES

Fecha de realización: 11/04/2021 00:00:00

1. Glicemia Basal (mg/dl): 251.0.
2. Glicemia 2 horas Postprandial (mg/dl): 410.0.
3. Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) (%): 10.3.
4. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
5. Colesterol HDL (mg/dl): 66.1.
6. Colesterol LDL (mg/dl): 112.5.
7. Triglicéridos (mg/dl): 152.0.
8. Creatinina mg/dl: 0.8.
9. Parcial de Orina: Anormal.
10. Microalbuminuria (mg/l): 26.1.
11. Tasa de filtración glomerular (TFG): 92.0

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD.

Fecha de realización: 11/04/2021 00:00:00

1. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
2. Colesterol HDL (mg/dl): 66.1.
3. Colesterol LDL (mg/dl): 112.5.
4. Triglicéridos (mg/dl): 152.0.

OTROS PARACLINICOS

Prueba Rápida Hemoglobina Glicosilada

Fecha de realización: 10/04/2021 00:00:00.
Prueba rápida hemoglobina glicosilada: 10.3.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE DE AÑOS DE EDAD

CON DX DE

-DM TIPO 2 NO CONTROLADO CON HB GLICOSILADA DEL 10 DE ABRIL DEL 2021 DE 10.3

POCO ADHERENTE Y AL PROGRAMA DE CRONICOS

CON RCV:20%

SE SOLICITA CITA CON ENFERMERIA Y CON TRABAJO SOCIAL

SE DA NUEVO ESQUEMA DE MANEJO MEDICO Y SE AUMENTA DOSIS DE INSULINA GLARGINA A 28 UNIDADES SC DIA DE MANEJO MEDICO

DEBE APORTAR RECORS DE GLUCOMETRIAS QUE NO APORTA HOY

PENDIENTE TOMA DE PARACLINICO ORDENADOS EL DIA DE HOY

MAYOR DE 50 AÑOS SE ENVIA PARA VACUNACION DE INFLUENZA

DEBE PERDER PESOEL 5% DL PESO ACTUAL

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: COLESTEROL TOTAL < 200, HDL > 40, LDL < 150, TRIGLICÉRIDOS < 150, GLICEMIA EN AYUNAS < 100, HB GLICOSILADA < 7.0, PA POR DEBAJO 130/80 MM HG

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), Tiempo Evolución: 17 Año(s), Estado de la

enfermedad: No Controlado, Clasificación de la enfermedad: Diabetes tipo 2, Confirmado repetido, Causa Externa: Otra .

Diagnóstico Asociado 1: Hiperlipidemia no especificada (E785), Tiempo Evolución: 2 Año(s), Confirmado repetido.

ADHERENCIA A PROGRAMAS

DIABETES

Adherencia: El paciente NO ha asistido a los siguientes talleres _____ DIABETES _____ y NO ha cumplido con los

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

controles programados. NO Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están NO siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los estudios paraclínicos NO se han realizado de acuerdo a lo ordenado..

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD.

Adherencia: El paciente NO ha asistido a los siguientes talleres _____ DIABETES _____ y NO ha cumplido con los controles programados. NO Está siguiendo las recomendaciones alimentarias y de ejercicio dadas durante las consultas. Los medicamentos están NO siendo administrados de acuerdo a las indicaciones del médico. Los controles de los estudios paraclínicos NO se han realizado de acuerdo a lo ordenado..

PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS**FÓRMULA MÉDICA - USO CONTINUO**

1. Insulina Glargina 100UI/mL (300 UI/3mL) Sol iny Jer Prell (PEN) x 3mL: Inyectar (vía subcutánea) 28 UI en la tarde, por 90 día(s). Número de entregas: 3. Vigencia del tratamiento: 18/05/2021 - 16/08/2021.
2. Dapagliflozina 10mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 90 día(s). Cantidad total: 90, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 18/05/2021- 16/08/2021,
3. Tira de glucometría: 50 Unidad cada 30 día(s) por 90 día(s). Cantidad total: 150, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 18/05/2021- 16/08/2021,
4. Metformina + Vildagliptina (1000+50)mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 12 hora(s) por 90 día(s). Cantidad total: 180, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 18/05/2021- 16/08/2021,
5. Lanceta de Glucometría: 50 Unidad cada 30 día(s) por 90 día(s). Cantidad total: 150, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 18/05/2021- 16/08/2021,
6. Aguja desechable pen 32Gx4mm: 1 Unidad cada 24 hora(s) por 90 día(s). Cantidad total: 90, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 18/05/2021- 16/08/2021,

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita Educacion individual en salud, por enfermeria, No. 1, PACIENTE DE AÑOS DE EDAD
CON DX DE

-DM TIPO 2 NO CONTROLADO CON HB GLICOSILADA DL 4 DEABRIL DLE 2021 DE 10.1

POCO ADHERNTE Y AL PROGRAMA DE CRONICOS

CON RCV:20%

SE SOLICITA CITA CON ENFERMEWRIA Y CON TRABAJO SOCIAL

SE DA CONTINUIDAD DE MANEJO MEDICO

PENDIENTE TOMA DE PARACLINICO ORDENADOS EL DIA DE HOY

MAYOR DE 50 AÑOS SE ENVIA PARA VACUNACION DE INFLUENZA

DEBE PERDER PESOEL 5% DL PESO ACTUAL

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: COLESTEROL TOTAL < 200, HDL > 40, LDL < 150, TRIGLICÉRIDOS < 150, GLICEMIA EN AYUNAS < 100, HB GLICOSILADA < 7.0, PA POR DEBAJO 130/80 MM HG, Y FAVOR ASIGNAR CITA POR TRABAJO SOCIAL .

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES**Recomendación 1:**

RECOMENDACIONES GENERALES: RECURRIR AL USO DE HIERBAS AROMÁTICAS PARA RESALTAR EL SABOR DE LOS ALIMENTOS, EVITAR ADICIONAR SAL A LOS ALIMENTOS.

RETIRAR EL SALERO DE LA MESA

EN LOS RESTAURANTES ELEGIR EN EL MENÚ LAS ENSALADAS, POLLO, CARNE O PESCADOS A LA PARRILLA.

OPTAR POR ALIMENTOS AL VAPOR, ASADOS, COCIDOS Y HERVIDOS

MODERAR EL CONSUMO DE CAFÉ Y BEBIDAS OSCURAS.

ASEGURAR UN CONSUMO ADECUADO DE CALCIO A TRAVÉS DE LECHE Y DERIVADOS COMO EL QUESO.

AUMENTAR LA INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS, -RESTRINGIR EL USO DE AZUCAR- PANELA, NO CONSUMO DE GASEOSAS, EVITAR LOS

ALIMENTOS DE PANADERIA TORTAS POSTRES PAN, DISMINUIR EL CONSUMO DE CARNES ROJAS, ENLATADOS, EMBUTIDOS, MANTENER UN

ADECUADO CONSUMO DE AGUA 4 VASOS FUERA DE LAS SOBREMESAS

DISMINUIR EL CONSUMO DE ALIMENTOS PREPARADOS CON : YEMA DE HUEVO (TODO LO DE PANADERIA Y CONSUMO DE PREFERENCIA

SOLO DE LA CLARA), QUESO DOBLE CREMA O MOZARELLA, LECHE ENTERA (REEMPLAZARLA POR DESCREMADA, RECORDAR QUE ES

DIFERENTE A DESLACTOSADA), MANTEQUILLA, MARGARINAS, ACEITE DE PALMA, ACEITE REUTILIZADO, MENUDENCIAS Y VÍSCERAS,

CARNES FRÍAS O EMBUTIDOS, CALDOS DE HUESO, PIEL DEL POLLO, Y FRITOS O GRASAS

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

REEMPLAZARLOS POR: CLARA DE HUEVO, LECHE DESCREMADA, ACEITES VEGETALES DE SOYA, GIRASOL, CANOLA, Y DE OLIVA, UTILIZAR SOLO ACEITE NUEVO, CARNE MAGRA O PULPA, POLLO SIN PIEL, PREPARAR LOS ALIMENTOS: ASADOS, COCIDOS O AL VAPOR CAMINATA DE 30 MINUTOS 3 VECES A LA SEMANA, CONSUMO DE AVENA EN OJUELAS EN AYUNAS LA DIETA DEBERÁ SER RICA EN VERDURAS Y FRUTAS

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: COLESTEROL TOTAL < 200, HDL > 40, LDL < 150, TRIGLICÉRIDOS < 150, GLICEMIA EN AYUNAS < 100, HB GLICOSILADA < 7.0, PA POR DEBAJO 130/80 MM HG

MEDICAMENTOS:

TOMAR SU MEDICACIÓN SIN FALTA TODOS LOS DÍAS, EN HORARIOS ESTABLECIDOS POR SU MEDICO Y NO SUSPENDER SIN ORDEN MÉDICA ASI SE SIENTA BIEN. NO CONSUMIR MEDICAMENTOS SIN SER FORMULADOS POR MÉDICOS U ODONTÓLOGOS. NUNCA TOMAR ANTIGRIPALES.

DIETA LIBRE DE BACTERIAS CON LAVADO DE MANOS ANTES COMIDAS, ANTES PREPARAR O CONSUMIR ALIMENTOS, ALIMENTOS BIEN COCIDOS, LAVADO DE FRUTAS Y VERDURAS CON AGUA Y JABON, CONSUMO DE AGUA HERVIDA
EVITAR EL LICOR, EL CIGARRILLO U OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
USO DEL CONDON COMO UNICO METODO EN INFECCIONES TRANSMISION SEXUAL

SIGNOS DE ALARMA:

ACUDIR A URGENCIAS SI DOLOR DE CABEZA INTENSO, DOLOR DEL PECHO O BRAZO IZQUIERDO O MANDIBULA, ADORMECIMIENTO O INCAPACIDAD DE MOVER ALGUNA PARTE DEL CUERPO, DESMAYOS, SED INTENSA, ORINADERA PERSISTENTE, AREAS NEGRAS EN PIEL, CUALQUIER INDICIO DE INFECCION
CUALQUIER SÍNTOMA QUE CONSIDERE DEBE SER VALORADO POR PROFESIONAL DE LA SALUD. LA CLÍNICA LA ESTANCIA ES EL SITIO SUGERIDO

ACTIVIDAD FÍSICA:

CAMINAR MEDIA HORA 5 VECES A LA SEMANA EN PLANO

PARA EVITAR CONTAGIO CON VIRUS DE PANDEMIA COVID 19 DEBE :

-LAVADO DE MANOS FRECUENTES CON AGUA Y JABON CADA 2 HORAS .

-USO DE TAPABOCAS FRECUENTE SI SE MOJA DE SECRESIONES ESTE DEBE SER DESECHADO Y CAMBIADO POR UNO NUEVO O EN CASO CONTRARIO CAMBIAR CADA DIA .

-PARA QUITAR LA MASCARILLA EVITE TOCARLA DE LA PARTE FRONTAL DEBE HACERLO DE LAS BANDAS LATERALES Y DESECHAR EN LAS BOLSAS DE RESIDUOS E INMEDIATAMENTE DEBE LAVARSE LAS MANOS

-NO COMPARTIR LOS ELEMENTOS DE USO PERSONAL

-LIMPIAR TODOS LOS DIAS SUPERFICIES DE CONTACTO FRECUENTE

-MONITOREAR SIGNOS Y SINTOMAS.

-EVITAR LAS VISITAS.

-MANTENER BUENA CIRCULACION DEL AIRE(AIRE ACONDICIONADO O VENTANAS ABIERTAS).

-NO DAR LA MANO NI DAR BESOS ALAS PERSONAS

SIGNOS DE ALARMA :

FIEBRE PERSISTENTE O DE DIFICIL CONTROL.

DIFICULTAD PARA RESPIRAR O RESPIRACION MAS RAPIDA

DOLOR AL RESPIRAR, SOMNOLENCIA , O DIFICULTAD PARA DESPERTAR

DETERIORO DEL ESTADO GENERAL EN FORME RAPIDA

DECAIMIENTO MARCADO

CONVULSIONES

DEBE CONSULTAR DE FORMA INMEDIATA AL CENTRAL DE URGENCIAS O LLAMAR ALA LINEAS DE EPS SANITAS ESTABLECIDAS PARA LA CONTINGENCIA COVID 19CONSULTA A NUESTRAS LINEAS DE ATENCION LINEA GRATIUTA 018000919100 opción 6 LUEGO 1 320 255 0525
WHATS APP

LINEA CRUE DEPARTAMENTAL 3012737787



SISTEMA DE REGISTRO CLÍNICO AVICENA

Historia Clínica No. 10527165

Consulta

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulínoddependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulínoddependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones multiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificacion (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulínoddependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones multiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulínoddependiente sin mencion de complicacion (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulínoddependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulínoddependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulínoddependiente sin mencion de complicacion (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulínoddependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulínoddependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulínoddependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulínoddependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulínoddependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (cronica) (periferica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulínoddependiente sin mencion de complicacion (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonia, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulínoddependiente sin mencion de complicacion (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- Hábitos Alimentarios

(22/09/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(20/06/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(08/06/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(18/05/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(24/04/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(19/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(30/10/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(16/04/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(13/11/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(05/11/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/10/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(08/11/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

(01/06/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(31/01/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(06/09/2017) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(04/09/2017) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(23/08/2017) ¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES
(14/06/2017) ¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES
(15/05/2017) ¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(22/09/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(20/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(08/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(18/05/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(24/04/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(19/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
(04/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
(30/10/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
(07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(16/04/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(13/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(05/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(04/10/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(08/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(01/06/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(31/01/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(06/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)
(04/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO
(15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)
(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

? (Si). ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES**Domicilio**

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
25. Várices: No.

(31/01/2018,10:05:45)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
25. Várices: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

(23/06/2016,08:42:46)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
25. Várices: No.

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

(22/09/2021,11:04:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer) : No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses? : No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

: No.

- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.

10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

- Actualmente fuma?: No.

- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.

- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.

12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.

18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.

19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.

20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.

25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.

- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?

: No.

- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.

10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

- Actualmente fuma?: No.

- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.

- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.

12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
- 8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
- 12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
- 8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
- 12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)? : No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)? : No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)? : No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)?: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

12/06/2021 07:31:11. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Maria Del Mar Puyo Muñoz. Reg. Médico. 25277803. Psicología.

Contrarreferencia. Admisión No. 54702835. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-591456-1-2.

Edad del paciente: 68 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Antigüedad Ocupación: 50 año(s).

Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 3154530825.

Tipo de atención: Primera Vez.

Número de Control: 1. Tipo de Programa: Diabetes.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Motivo de consulta: paciente con diabetes mellitus tipo 2 desde hace 15 años, reconoce que por situaciones ajenas a estado poniéndose a horas diferentes, normalmente siguen las recomendaciones nutricionales y practica actividad física.

Enfermedad Actual: Otros controles generales de salud de rutina de otras subpoblaciones definidas.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

paciente con diabetes mellitus tipo 2 desde hace 15 años, reconoce que por situaciones ajenas a estado poniéndose a horas diferentes, normalmente siguen las recomendaciones nutricionales y practica actividad física. Tiene De animo refiere sentirse estable sin sintomatología ansiosa ni depresiva. El paciente pregunta sobre afectación de la diabetes a su sexualidad, se le orienta explicándole como el funcionamiento sexual también se ve afectado por factores psicológicos tales como problemas de autoestima, ansiedad y depresión asociados a un mal afrontamiento de la propia diabetes. La persona con esta enfermedad puede sentirse insegura, percibirse enferma y poco atractiva, lo cual reduce las ganas de tener intimidad con la pareja. Además se le indica como vivenciar la sexualidad a través de todos los órganos de los sentidos e importancia del preambulo.

control en 60 días.

Otros controles generales de salud de rutina de otras subpoblaciones definidas

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Otros controles generales de salud de rutina de otras subpoblaciones definidas (Z108), Tiempo Evolución: 1 Mese(s), Estado de la enfermedad: Controlado, Impresión diagnóstica, Causa Externa: Otra .

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Número de Control: 1.

Médico Tratante: maria del mar puyo.

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: mantener controlada su enfermedad siendo adherente en seguimiento de prescripción médica, alimentación saludable y practicar actividad física, esto le permitirá mejorar su calidad de vida, vivir la sexualidad a través de todos los órganos de los sentidos e importancia del preambulo., control en 60 días.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificación (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (crónica) (periférica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonía, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(22/09/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(20/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(08/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(18/05/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(24/04/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(19/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(30/10/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(16/04/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(13/11/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(05/11/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/10/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(08/11/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(01/06/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(31/01/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(06/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(04/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(23/08/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
 ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(14/06/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES
 (15/05/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(22/09/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (20/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (08/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (18/05/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (24/04/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (19/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (04/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (30/10/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (16/04/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (13/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (05/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (04/10/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (08/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (01/06/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (31/01/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (06/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)
 (04/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO
 (15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)
(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)**- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES****Domicilio**

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Sí, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quién vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.
- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
- 10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
- 14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
- 19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
- 20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ??: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer) : No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
- 19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
- 22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
- 24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
- 25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
- 26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
- 27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
- 28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 16. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
- 8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
- 12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
 ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl): No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl): No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl): No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

17/06/2021 06:56:32. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Liz Adriana Muñoz Ordoñez. Reg. Médico. 34327737. Trabajo Social.

Contrarreferencia. Admisión No. 54873838. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-591456-1-2.

Edad del paciente: 68 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Antigüedad Ocupación: 1 año(s).

Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 3154530825.

Tipo de atención: Primera Vez. Tipo de Programa: Adulto, Diabetes.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Motivo de consulta: Paciente remitido programa crónicos.

Enfermedad Actual: Paciente en ciclo vital adulto mayor, estudió hasta 5 de primaria, trabaja como independiente (comerciante de vehículos), refiere

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

conforma hogar extenso paciente, la esposa adulta mayor, pensionada, hija adulta joven, trabaja en el área administrativa en empresa, dos nietos adultos jóvenes, estudiantes, el yerno adulto joven, trabaja como conductor, asegura buenas relaciones intrafamiliares basadas en buena comunicación, apoyo mutuo, convivencia armónica. Paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo insulino-requiriente, desde hace 15 años, menciona encontrarse estable, controlado, toma la medicación siguiendo la indicación y prescripción médica, al igual que la aplicación de la insulina, menciona realiza actividad física frecuente 1 hora diaria de caminata, sigue recomendaciones alimentarias. Expresa de ánimo sentirse estable, tranquilo, no refiere dificultades a nivel familiar o personal, sueño y apetito adecuado, niega consumo de spa, alcohol o cigarrillo, niega eventos de violencia sexual, física o psicológica..

NOTA DE TRABAJO SOCIAL

Paciente en ciclo vital adulto mayor, estudió hasta 5 de primaria, trabaja como independiente (comerciante de vehículos), refiere conforma hogar extenso paciente, la esposa adulta mayor, pensionada, hija adulta joven, trabaja en el área administrativa en empresa, dos nietos adultos jóvenes, estudiantes, el yerno adulto joven, trabaja como conductor, asegura buenas relaciones intrafamiliares basadas en buena comunicación, apoyo mutuo, convivencia armónica. Paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo insulino-requiriente, desde hace 15 años, menciona encontrarse estable, controlado, toma la medicación siguiendo la indicación y prescripción médica, al igual que la aplicación de la insulina, menciona realiza actividad física frecuente 1 hora diaria de caminata, sigue recomendaciones alimentarias. Expresa de ánimo sentirse estable, tranquilo, no refiere dificultades a nivel familiar o personal, sueño y apetito adecuado, niega consumo de spa, alcohol o cigarrillo, niega eventos de violencia sexual, física o psicológica. Se le brinda psicoeducación al paciente frente al rol fundamental en el manejo de su salud al reconocer su enfermedad y los signos de alarma de posibles complicaciones y saber cómo responder a ellas, se le enfatiza en la importancia de la adherencia al tratamiento, hábitos y estilos de vida saludables, autocuidado, realizar acompañamiento para lograr una mejor adherencia y el rol de cada miembro del hogar en la enfermedad del paciente, seguir las recomendaciones nutricionales, cumplimiento de las indicaciones y prescripciones médicas.

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Otros controles generales de salud de rutina de otras subpoblaciones definidas (Z108), Estado de la enfermedad: Controlado, Confirmado nuevo, Causa Externa:Otra .

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: Adopción de hábitos y estilos de vida saludables, realizar actividad física de acuerdo a la capacidad y recomendación médica, se le enfatiza en la importancia de la adherencia al tratamiento siguiendo las indicaciones y prescripciones médicas, pautas frente a su salud física y mental, autocuidado, realizar acompañamiento para lograr una mejor adherencia y el rol de cada miembro del hogar en la enfermedad del paciente, seguir las recomendaciones nutricionales, asistencia a los controles del programa, seguimiento en dos meses.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificación (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (crónica) (periférica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonía, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(22/09/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(20/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(08/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(18/05/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(24/04/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(19/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(30/10/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(16/04/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(13/11/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(05/11/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/10/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(08/11/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(01/06/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(31/01/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(06/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(04/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(23/08/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(14/06/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES
(15/05/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FÍSICA

(22/09/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(20/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(08/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(18/05/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(24/04/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
(19/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
(04/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
(30/10/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
(07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(16/04/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
(13/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(05/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(04/10/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(08/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(01/06/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(31/01/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(06/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)
(04/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
(14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO
(15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)
(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES**Domicilio**

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Sí, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quién vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.
- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
- 14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
- 19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
- 20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años? : No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer) : No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses? : No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
- 19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
- 22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
- 24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
- 25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
- 26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
- 27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
- 28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 16. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
- 8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
- 12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

20/06/2021 06:40:52. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Lorian Naundorf Paz. Reg. Médico. 25280024. Medicina General.

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 55030573. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-591456-1-2.

Edad del paciente: 68 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Antigüedad Ocupación: 1 año(s).

Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 3154530825.

Tipo de atención: Control. Tipo de Programa: Adulto, Diabetes, Dislipidemia, Sobrepeso, Obesidad., Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial (HTA).

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Teléfono: 3154530825.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Motivo de consulta: SEABRE FOLIO PARA REPORTE DE LABORATORIOS.
Enfermedad Actual: PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD CON DX DE :
-DM TIPO 2 INSULINO REQUIRIENTE DESDE HACE MAS DE 17 AÑOS
-DISLIPIDEMIA

ACTUALMENTE EN CONTROL MEDICO REGULAR
ULTIMO CONTROL POR PROGRAMA DE CRONICOS :MAYO DE 2021
NO ADHERENTE AL PROGRAMA DE CRONICOS
REFIERE SENTIRSE BIEN ASINTOMATICO ACTUALMENTE

RECIBE :

-INSULINA GLARGINA 26 UNIDADES SC DIA
-VILDAGLIPTINA 50 MG X1
HOY SE DA NUEVO ESQUEMA ASI:
-INSULINA GLARGINA 28 UNIDADES SC DIA
-METFORMINA MAS VILDAGLIPTINA 1000 - 50 MG X2
- DAPAGLIFOZINA 10 MG X1

SE REVISAN LABORATORIOS TOMADOS EL DIA 1 DE JUNIO CON GLUCOSA DE 126 Y HABC1 DE 9.0 POR FUERA METAS, DISLIPIDEMIA MIXTA CON CT DE 221 TG DE 163 HDL DE 62, FUNCION RENAL CON ELEVACION LEVE DE ALBUMINURIA DE 19, CON REACCION ALB/CR DE 26.4 CON UROANALISIS NORMAL Y CR NORMAL DE 0.87 OARA ENFERMEDAD RENAL CRONICA EC 2 . .
Estado de Salud: Bueno.

REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Frecuencia Cardíaca: 70 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 130 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 90 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 130 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg
Pulsoximetría (SO2): 98 %
Temperatura: 36 °C
Peso: 69 Kg
Talla: 1.58 m
Índice de Masa Corporal: 27.64 (kg/m2) -Sobrepeso
Circunferencia de la cintura: 100 cm
Superficie corporal: 1.78 m2

PARACLINICOS DE PROGRAMAS

DIABETES

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Fecha de realización: 01/06/2021 00:00:00

1. Glicemia Basal (mg/dl): 126.0.
2. Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) (%): 9.0.
3. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
4. Colesterol HDL (mg/dl): 62.0.
5. Triglicéridos (mg/dl): 163.0.
6. Creatinina mg/dl: 0.87.
7. Parcial de Orina: Normal.
8. Microalbuminuria (mg/l): 29.0 - Observación: ELEVADA.
9. Tasa de filtración glomerular (TFG): 88.0.
10. Relaciones albumina/creatinina (RAC): 26.0

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD.

Fecha de realización: 01/06/2021 00:00:00

1. Colesterol Total (mg/dl): 221.0 - Observación: DISLIPIDEMIA LEVE MIXTA.
2. Colesterol HDL (mg/dl): 62.0.
3. Triglicéridos (mg/dl): 163.0.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE EBT TIPO II CON HbA1c POR FUERA DE METAS EN MANEJO POR PROGRAMA PERO INASISTENTE A PROGRAMA DESDE EL AÑO PASADO E INHERENTE AL TTO MEDICO, SE LE REALIZO CONSULTA POR ENFERMERIA Y CORNICOS PARA EDUCACION EN EL PROGRAMA SE ENVIDENCIA IMPACTO RENAL SE SU ENFERMEDAD CON ALBUMINURIA PARA ENFERMEDAD RENAL EC 2 , SE DA EDUCACION NUTRICIONAL

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones multiples (E147), Tiempo Evolución: 1 Año(s), Estado de la enfermedad: Controlado, Clasificación de la enfermedad: Diabetes tipo 2, Confirmado repetido, Causa Externa: Otra .

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: SE CONTINUAR MANEJO MEDICO POR PROGRAMA DE DBT TPO II ADEMÁS DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA MAS TRABAJO SOCIAL Y ENFERMERIA, SE DENE LOGRAR METAS DE HbA1c MENORES A 7

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulínoddependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulínoddependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificación (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulínoddependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulínoddependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulínoddependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulínoddependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulínoddependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulínoddependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulínoddependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulínoddependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulínoddependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulínoddependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (crónica) (periférica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulínoddependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonía, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulínoddependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(22/09/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(20/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(08/06/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(18/05/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(24/04/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN
(19/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/03/2021) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(30/10/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(07/07/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(16/04/2020) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)
(13/11/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(05/11/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(04/10/2019) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(08/11/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(01/06/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(31/01/2018) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(06/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)
(04/09/2017) ¿¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS
(23/08/2017) ¿¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
 ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(14/06/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES
 (15/05/2017) ¿Consumo menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(22/09/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (20/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (08/06/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (18/05/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (24/04/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO
 (19/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (04/03/2021) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (30/10/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS
 (07/07/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (16/04/2020) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)
 (13/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (05/11/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (04/10/2019) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (08/11/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (01/06/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (31/01/2018) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (06/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)
 (04/09/2017) ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL
 (14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO
 (15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuantos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)
(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)**- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES****Domicilio**

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Sí, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quién vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Várices: No.
- 1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
- 2. Cáncer: No.
- 3. Cirugía mayor: No.
- 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
- 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
- 6. Edad: No.
- 7. Enfermedad médica aguda: No.
- 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
- 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
- 10. EPOC: No.
- 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
- 12. Inmovilización: No.
- 13. Inserción de catéter: No.
- 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
- 15. Lesión medular: No.
- 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
- 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
- 18. Politraumatismo: No.
- 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
- 20. Sepsis: No.
- 21. Síndrome nefrótico: No.
- 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
- 23. Trauma de extremidades: No.
- 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
- 25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
- 10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
- 14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
- 19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
- 20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ??: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas? : Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA IDENTIFICACIÓN: CC 10527165 SEXO: Masculino ETNIA: Indígena
ESCOLARIDAD: Básica primaria

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)? : Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
- 19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
- 22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
- 24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
- 25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
- 26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
- 27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
- 28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 16. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
- 18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
- 19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
- 20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

29. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?
: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
- 8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
- 12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)?: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (=240 mg/dl)??: No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

22/09/2021 11:04:52. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Judith Patricia Jaramillo Garzón. Reg. Médico. 34549603. Medicina General.

Historia Clínica de Paciente Crónico. Admisión No. 59417631. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-591456-1-2.

Edad del paciente: 68 años. Grupo poblacional: Adulto Mayor. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Cargo: vendedor.

Responsable: HENRY POLINDARA - Paciente Telefono: 3154530825.

Tipo de atención: Control. Tipo de Programa: Diabetes.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Paciente, HENRY POLINDARA.

Acompañante: SOLO. Teléfono: 3154530825.

Motivo de consulta: " CONTROL DE CRONICOS "

¿SE REALIZA ATENCION PRESENCIAL UTILIZANDO LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, RESPETANDO LOS PROTOCOLOS DE

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA IDENTIFICACIÓN: CC 10527165 SEXO: Masculino ETNIA: Indígena
ESCOLARIDAD: Básica primaria

MINSALUD Y SANITAS, CON EL OBJETIVO DE DISMINUIR EL RIESGO DE TRASMISION POTENCIAL DE COVID 19. ¿

Enfermedad Actual: PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD
ORIGEN Y PROCEDENCIA: POPAYAN
OCUPACION: INDEPENDIENTE CON GESTOR DE TRAMITES

CON DX DE :
-DM TIPO 2 INSULINO REQUIRIENTE DESDE HACE MAS DE 17 AÑOS
-DISLIPIDEMIA

ACTUALMENTE EN CONTROL MEDICO REGULAR
ULTIMO CONTROL POR PROGRAMA DE CRONICOS :18/05/21
REFIERE SENTIRSE BIEN ASINTOMATICO ACTUALMENTE

RECIBE :
-INSULINA GLARGINA 28 UNIDADES SC DIA (NO HA APLICADO DESDE HACE MAS DE 3 MESES Y HOY PRESENTA HB GLICOSILADA EN METAS DE 7.2 DEL 22/09/21 CONTROLADO
-METFORMINA MAS VILDAGLIPTINA 1000 - 50 MG X2
- DAPAGLIFOZINA 10 MG X1
GLUCOMETIRAS AYUNAS
130,140,136,128,116,119,
EN EL MOMENTO ESTABLE NIEGA CEFALEA , DISNEA , PRECORDIALGIAS ,SIGNOS NEUROLOGICOS
NIEGA POLIURIA Y POLIDIPSIA
REFIERE BUENA TOLERANCIA A LOS MEDICAMENTOS INDICADOS
VACUNACION COMPLETA DE COVID 19.

REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA

DIABETES.
Fecha de ingreso al programa: 15/01/2015.

* Valoración inicial

Valoración inicial
1. Fecha de diagnóstico de diabetes
: 07/05/2003.
2. ¿Paciente pertenece al programa de Unidad de Práctica Integrada (UPI)? : No.
3. Enfermedad coronaria

: No.
4. Enfermedad cerebrovascular
: No.
5. Falla cardíaca

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No.

6. Enfermedad renal crónica

: No.

7. Enfermedad hepática asociada

: No.

8. Enfermedad vascular periférica

: No.

9. Retinopatía diabética

: No.

10. Neuropatía diabética

: No

* Seguimiento

Metas

1. Meta de HbA1c acordada con el paciente

: <7%.

2. Meta de Tensión arterial acordada con el paciente

: <130/80 mmHg.

3. Meta de Colesterol LDL acordada con el paciente

: <100.

4. Meta de pérdida de peso acordada con el paciente (Kg)

: 5.0

Adherencia del paciente

1. ¿Realiza al menos 150 minutos de actividad física a la semana?

: No.

2. ¿El paciente es adherente a la terapia farmacológica?

: No.

3. ¿Realiza plan alimentario indicado?

: No.

4. Red de apoyo familiar para cambios del estilo de vida

: Buena.

5. Conciencia de enfermedad

: Si.

6. Asistencia en los últimos tres meses a algún taller de educación

: Si.

7. ¿El paciente asiste a un programa de nefroprotección?

: Si

Hipoglicemia

1. ¿El paciente ha presentado hipoglicemia?

: No

Urgencias

1. ¿El paciente ha consultado a urgencias desde que fue valorado por ultima vez en el programa?

: No

Hospitalización

1. ¿El paciente ha requerido una hospitalización desde que fue valorado por ultima vez en el programa?

: No

Oftalmología

1. ¿Cuándo fue el último control de oftalmología?

: 14/04/2021.

2. ¿Presenta retinopatía?

: Retinopatía diabética preproliferativa,

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

*** Insulinización**

Técnica de aplicación (SOLO DEBE RESPONDER SI EL PACIENTE TIENE TERAPIA CON INSULINA)

1. ¿Utiliza medicación inyectable subdérmica?
: Basal análoga (Glargina U100 - Detemir).
2. Tiempo de aplicación de la insulina
: 1 - Años.
3. Dispositivo utilizado
: Pen.
4. Lugar de aplicación
: Región del abdomen.
5. ¿Realiza adecuada rotación de la aplicación?
: Si.
6. ¿Cuál es la longitud de la aguja que el paciente usa?
: 4mm.
7. ¿Reutiliza agujas o jeringa para aplicación?
: No.
8. Última consulta de educación en insulinoterapia por parte de enfermería
: 02/03/2021

Lipodistrofias

1. ¿Presenta el paciente lipodistrofia en la región del abdomen?
: No.
2. ¿Presenta el paciente lipodistrofia en la región externa de brazos?
: No.
3. ¿Presenta el paciente lipodistrofia en la región anterolateral de muslos?
: No.
4. ¿Presenta el paciente lipodistrofia en la región superior externa del glúteo?
: No

Glucometrías

1. ¿El paciente cuenta con dispositivo para toma de glucometrías?: Glucómetro.
2. Promedio de glucometrías en ayunas (mg/dL)
: 140.0

*** Pie diabético****Hallazgos ortopédicos, piel y faneras**

1. Presenta Hallux Valgus
: No presenta.
2. Dedos en garra
: No presenta.
3. Dedos en martillo
: No presenta.
4. Pie cavo
: No presenta.
5. Pie plano
: No presenta.
6. Hiperqueratosis
: No presenta.
7. Hongos en las uñas
: No presenta.
8. Deformidades en las uñas
: No presenta.
9. Charcot
: No presenta.
10. Otros

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No presenta,

Hallazgos vasculares

1. Pulso pedio (derecho)

: Normal.

2. Pulso pedio (izquierdo): Normal.

3. Pulso tibial posterior (derecho)

: Normal.

4. Pulso tibial posterior (izquierdo): Normal.

5. Claudicación

: No presenta.

6. Varices

: No presenta.

7. Telangectasias

: No presenta,

Hallazgos neurológicos

1. Alteración a la sensibilidad (monofilamento) (derecho)

: Normal.

2. Alteración a la sensibilidad (monofilamento) (izquierdo)

: Normal.

3. Reflejo aquiliano (derecho)

: Normal.

4. Reflejo aquiliano (izquierdo)

: Normal.

5. Reflejo rotuliano (derecho)

: Normal.

6. Reflejo rotuliano (izquierdo)

: Normal.

7. Percepción de vibración (Diapasón) (derecho)

: Normal.

8. Percepción de vibración (Diapasón) (izquierdo)

: Normal.

9. Percepción de dolor (estrella) (derecho)

: Normal.

10. Percepción de dolor (estrella) (izquierdo)

: Normal.

11. Piel seca

: No presenta,

Alteración de la marcha

1. Marcha en talones (derecho)

: Normal.

2. Marcha en talones (izquierdo)

: Normal.

3. Marcha en puntas de pie (derecho)

: Normal.

4. Marcha en puntas de pie (izquierdo)

: Normal,

Úlceras activas

1. Presencia de úlcera activa (derecho)

: No.

2. Presencia de úlcera activa (izquierdo)

: No.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 70 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 20 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 130 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 90 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 130 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg
Pulsoximetría (SO₂): 98 %
Temperatura: 36 °C
Peso: 70 Kg
Talla: 1.58 m
Índice de Masa Corporal: 28.04 (kg/m²) -Sobrepeso
Circunferencia de la cintura: 100 cm
Superficie corporal: 1.79 m²

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: normales.
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: normales.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Mental: normales.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.

PARACLINICOS DE PROGRAMAS**DIABETES**

Fecha de realización: 04/06/2021 00:00:00

1. Glicemia Basal (mg/dl): 126.0.
2. Glicemia 2 horas Postprandial (mg/dl): 410.0.
3. Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) (%): 7.2 - Observación: EN METAS CUMPLIDAS.
4. Colesterol Total (mg/dl): 221.0 - Observación: ALTO.
5. Colesterol HDL (mg/dl): 62.0.
6. Colesterol LDL (mg/dl): 112.5.
7. Triglicéridos (mg/dl): 163.0 - Observación: LEVEMETNE AUMENTADO.
8. Creatinina mg/dl: 0.87.
9. Parcial de Orina: Normal.
10. Microalbuminuria (mg/l): 29.0.
11. Proteinuria en Orina de 24 horas (g/24 h): 0.0.
12. Tasa de filtración glomerular (TFG): 88.0 - Observación: ESTADIO CLINICCO 2 A1.
13. Relaciones albumina/creatinina (RAC): 26.0

DISLIPIDEMIA, SOBREPESO, OBESIDAD.

Fecha de realización: 04/06/2021 00:00:00

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

1. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
2. Colesterol HDL (mg/dl): 62.0.
3. Colesterol LDL (mg/dl): 112.5.
4. Triglicéridos (mg/dl): 163.0.

OTROS PARACLINICOS

Prueba Rapida Hemoglobina Glicosilada

Fecha de realización: 22/09/2021 10:44:24.

Prueba rápida hemoglobina glicosilada: 7.2.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD

CON DX DE

-DM TIPO 2 CON HB GLICOSILADA DEL 22/09/2021 DE 7.2 CONTROLADO APESAR QUE HA SUSPENDIDO LA INSULINA LO HIZO POR HIPOGLICEMIAS Y HOY CON MANEJO HIPOGLICEMANTES ORALES CON CONTROL DE HB GLICOSILADA EN METAS

CON RCV:20%

YA VALORADO POR SICOLOGIA, ENFERMERIA Y CON TRABAJO SOCIAL Y NUTRICIONISTA

MAYOR DE 50 AÑOS SE ENVIA PARA VACUNACION DE INFLUENZA

DEBE PERDER PESOEL 5% DL PESO ACTUAL

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: COLESTEROL TOTAL < 200, HDL > 40, LDL < 150, TRIGLICÉRIDOS < 150, GLICEMIA EN AYUNAS < 100, HB GLICOSILADA < 7.0, PA POR DEBAJO 130/80 MM HG

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Diabetes mellitus insulín dependiente con complicaciones no especificadas (E108), Clasificación de la enfermedad: Diabetes tipo 2, Confirmado repetido, Causa Externa: Otra.

ADHERENCIA A PROGRAMAS**DIABETES**

Adherencia: Se le brinda educacion sobre la importancia de los controles medicos por el programa, se le indica la importancia del buen y adecuado consumo de sus medicamentos teniendo en cuenta la hora correcta, la dosis correcta y el medicamento correcto, se le indica que exámenes debe realizarse y la frecuencia con la que se le ordenaran para así lograr un adecuado control de su patologia de base..

PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS**FÓRMULA MÉDICA - USO CONTINUO**

1. Dapagliflozina 10mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 90 día(s). Cantidad total: 90, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 22/09/2021- 21/12/2021,
2. Metformina + Vildagliptina (1000+50)mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 12 hora(s) por 90 día(s). Cantidad total: 180, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 22/09/2021- 21/12/2021,

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita PRUEBA RAPIDA HEMOGLOBINA GLICOSILADA, No. 1, PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD

CON DX DE

-DM TIPO 2 CON HB GLICOSILADA DEL 22/09/2021 DE 7.2 CONTROLADO APESAR QUE HA SUSPENDIDO LA INSULINA LO HIZO POR HIPOGLICEMIAS Y HOY CON MANEJO HIPOGLICEMANTES ORALES CON CONTROL DE HB GLICOSILADA EN METAS

CON RCV:20%

YA VALORADO POR SICOLOGIA, ENFERMERIA Y CON TRABAJO SOCIAL Y NUTRICIONISTA

MAYOR DE 50 AÑOS SE ENVIA PARA VACUNACION DE INFLUENZA

DEBE PERDER PESOEL 5% DL PESO ACTUAL

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: COLESTEROL TOTAL < 200, HDL > 40, LDL < 150, TRIGLICÉRIDOS < 150, GLICEMIA EN AYUNAS < 100, HB GLICOSILADA < 7.0, PA POR DEBAJO 130/80 MM HG.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

2. Se solicita MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL, No. 1, PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD

CON DX DE

-DM TIPO 2 CON HB GLICOSILADA DEL 22/09/2021 DE 7.2 CONTROLADO APESAR QUE HA SUSPENDIDO LA INSULINA LO HIZO POR HIPOGLICEMIAS Y HOY CON MANEJO HIPOGLICEMANTES ORALES CON CONTROL DE HB GLICOSILADA EN METAS

CON RCV:20%

YA VALORADO POR SICOLOGIA, ENFERMERIA Y CON TRABAJO SOCIAL Y NUTRICIONISTA

MAYOR DE 50 AÑOS SE ENVIA PARA VACUNACION DE INFLUENZA

DEBE PERDER PESOEL 5% DL PESO ACTUAL

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: COLESTEROL TOTAL < 200, HDL > 40, LDL < 150, TRIGLICÉRIDOS < 150, GLICEMIA EN AYUNAS < 100, HB GLICOSILADA < 7.0, PA POR DEBAJO 130/80 MM HG.

3. Se solicita COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD, No. 1, PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD

CON DX DE

-DM TIPO 2 CON HB GLICOSILADA DEL 22/09/2021 DE 7.2 CONTROLADO APESAR QUE HA SUSPENDIDO LA INSULINA LO HIZO POR HIPOGLICEMIAS Y HOY CON MANEJO HIPOGLICEMANTES ORALES CON CONTROL DE HB GLICOSILADA EN METAS

CON RCV:20%

YA VALORADO POR SICOLOGIA, ENFERMERIA Y CON TRABAJO SOCIAL Y NUTRICIONISTA

MAYOR DE 50 AÑOS SE ENVIA PARA VACUNACION DE INFLUENZA

DEBE PERDER PESOEL 5% DL PESO ACTUAL

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: COLESTEROL TOTAL < 200, HDL > 40, LDL < 150, TRIGLICÉRIDOS < 150, GLICEMIA EN AYUNAS < 100, HB GLICOSILADA < 7.0, PA POR DEBAJO 130/80 MM HG.

4. Se solicita CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS, No. 1, PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD

CON DX DE

-DM TIPO 2 CON HB GLICOSILADA DEL 22/09/2021 DE 7.2 CONTROLADO APESAR QUE HA SUSPENDIDO LA INSULINA LO HIZO POR HIPOGLICEMIAS Y HOY CON MANEJO HIPOGLICEMANTES ORALES CON CONTROL DE HB GLICOSILADA EN METAS

CON RCV:20%

YA VALORADO POR SICOLOGIA, ENFERMERIA Y CON TRABAJO SOCIAL Y NUTRICIONISTA

MAYOR DE 50 AÑOS SE ENVIA PARA VACUNACION DE INFLUENZA

DEBE PERDER PESOEL 5% DL PESO ACTUAL

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: COLESTEROL TOTAL < 200, HDL > 40, LDL < 150, TRIGLICÉRIDOS < 150, GLICEMIA EN AYUNAS < 100, HB GLICOSILADA < 7.0, PA POR DEBAJO 130/80 MM HG.

5. Se solicita UROANALISIS, No. 1, PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD

CON DX DE

-DM TIPO 2 CON HB GLICOSILADA DEL 22/09/2021 DE 7.2 CONTROLADO APESAR QUE HA SUSPENDIDO LA INSULINA LO HIZO POR HIPOGLICEMIAS Y HOY CON MANEJO HIPOGLICEMANTES ORALES CON CONTROL DE HB GLICOSILADA EN METAS

CON RCV:20%

YA VALORADO POR SICOLOGIA, ENFERMERIA Y CON TRABAJO SOCIAL Y NUTRICIONISTA

MAYOR DE 50 AÑOS SE ENVIA PARA VACUNACION DE INFLUENZA

DEBE PERDER PESOEL 5% DL PESO ACTUAL

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: COLESTEROL TOTAL < 200, HDL > 40, LDL < 150, TRIGLICÉRIDOS < 150, GLICEMIA EN AYUNAS < 100, HB GLICOSILADA < 7.0, PA POR DEBAJO 130/80 MM HG.

6. Se solicita Electrocardiograma de ritmo o de superficie SOD, No. 1, PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD

CON DX DE

-DM TIPO 2 CON HB GLICOSILADA DEL 22/09/2021 DE 7.2 CONTROLADO APESAR QUE HA SUSPENDIDO LA INSULINA LO HIZO POR HIPOGLICEMIAS Y HOY CON MANEJO HIPOGLICEMANTES ORALES CON CONTROL DE HB GLICOSILADA EN METAS

CON RCV:20%

YA VALORADO POR SICOLOGIA, ENFERMERIA Y CON TRABAJO SOCIAL Y NUTRICIONISTA

MAYOR DE 50 AÑOS SE ENVIA PARA VACUNACION DE INFLUENZA

DEBE PERDER PESOEL 5% DL PESO ACTUAL

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: COLESTEROL TOTAL < 200, HDL > 40, LDL < 150, TRIGLICÉRIDOS < 150, GLICEMIA EN AYUNAS < 100, HB GLICOSILADA < 7.0, PA POR DEBAJO 130/80 MM HG.

7. Se solicita Triglicéridos, No. 1, PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD

CON DX DE

-DM TIPO 2 CON HB GLICOSILADA DEL 22/09/2021 DE 7.2 CONTROLADO APESAR QUE HA SUSPENDIDO LA INSULINA LO HIZO POR HIPOGLICEMIAS Y HOY CON MANEJO HIPOGLICEMANTES ORALES CON CONTROL DE HB GLICOSILADA EN METAS

CON RCV:20%

YA VALORADO POR SICOLOGIA, ENFERMERIA Y CON TRABAJO SOCIAL Y NUTRICIONISTA

MAYOR DE 50 AÑOS SE ENVIA PARA VACUNACION DE INFLUENZA

DEBE PERDER PESOEL 5% DL PESO ACTUAL

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: COLESTEROL TOTAL < 200, HDL > 40, LDL < 150, TRIGLICÉRIDOS < 150, GLICEMIA EN AYUNAS < 100, HB GLICOSILADA < 7.0, PA POR DEBAJO 130/80 MM HG.

8. Se solicita COLESTEROL TOTAL, No. 1, PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD
CON DX DE

-DM TIPO 2 CON HB GLICOSILADA DEL 22/09/2021 DE 7.2 CONTROLADO APESAR QUE HA SUSPENDIDO LA INSULINA LO HIZO POR HIPOGLICEMIAS Y HOY CON MANEJO HIPOGLICEMANTES ORALES CON CONTROL DE HB GLICOSILADA EN METAS
CON RCV:20%

YA VALORADO POR SICOLOGIA, ENFERMERIA Y CON TRABAJO SOCIAL Y NUTRICIONISTA
MAYOR DE 50 AÑOS SE ENVIA PARA VACUNACION DE INFLUENZA

DEBE PERDER PESO EL 5% DL PESO ACTUAL

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: COLESTEROL TOTAL < 200, HDL > 40, LDL < 150, TRIGLICÉRIDOS < 150, GLICEMIA EN AYUNAS < 100, HB GLICOSILADA < 7.0, PA POR DEBAJO 130/80 MM HG.

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES**Recomendación 1:**

RECOMENDACIONES GENERALES: PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD CON DX DE:

- DIABETES MELLITUS TIPO 2 YA CONTROLADO Y EN METAS CON HB GLICOSILADA DE 7.2 DEL 22/09/21
Y CON GLUCOMETRIAS EN AYUNAS EN LIMITES NORMALES

Recomendación 2:

RECOMENDACIONES GENERALES: RECURRIR AL USO DE HIERBAS AROMÁTICAS PARA RESALTAR EL SABOR DE LOS ALIMENTOS, EVITAR ADICIONAR SAL A LOS ALIMENTOS.

RETIRAR EL SALERO DE LA MESA

EN LOS RESTAURANTES ELEGIR EN EL MENÚ LAS ENSALADAS, POLLO, CARNE O PESCADOS A LA PARRILLA.

OPTAR POR ALIMENTOS AL VAPOR, ASADOS, COCIDOS Y HERVIDOS

MODERAR EL CONSUMO DE CAFÉ Y BEBIDAS OSCURAS.

ASEGURAR UN CONSUMO ADECUADO DE CALCIO A TRAVÉS DE LECHE Y DERIVADOS COMO EL QUESO.

AUMENTAR LA INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS, -RESTRINGIR EL USO DE AZÚCAR- PANELA, NO CONSUMO DE GASEOSAS, EVITAR LOS ALIMENTOS DE PANADERIA TORTAS POSTRES PAN, DISMINUIR EL CONSUMO DE CARNES ROJAS, ENLATADOS, EMBUTIDOS, MANTENER UN ADECUADO CONSUMO DE AGUA 4 VASOS FUERA DE LAS SOBREMESAS

DISMINUIR EL CONSUMO DE ALIMENTOS PREPARADOS CON : YEMA DE HUEVO (TODO LO DE PANADERIA Y CONSUMO DE PREFERENCIA SOLO DE LA CLARA), QUESO DOBLE CREMA O MOZARELLA, LECHE ENTERA (REEMPLAZARLA POR DESCREMADA, RECORDAR QUE ES DIFERENTE A DESLACTOSADA), MANTEQUILLA, MARGARINAS, ACEITE DE PALMA, ACEITE REUTILIZADO, MENUDENCIAS Y VÍSCERAS, CARNES FRÍAS O EMBUTIDOS, CALDOS DE HUESO, PIEL DEL POLLO, Y FRITOS O GRASAS

REEMPLAZARLOS POR: CLARA DE HUEVO, LECHE DESCREMADA, ACEITES VEGETALES DE SOYA, GIRASOL, CANOLA, Y DE OLIVA, UTILIZAR SOLO ACEITE NUEVO, CARNE MAGRA O PULPA, POLLO SIN PIEL, PREPARAR LOS ALIMENTOS: ASADOS, COCIDOS O AL VAPOR

CAMINATA DE 30 MINUTOS 3 VECES A LA SEMANA, CONSUMO DE AVENA EN OJUELAS EN AYUNAS LA DIETA DEBERÁ SER RICA EN VERDURAS Y FRUTAS

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: COLESTEROL TOTAL < 200, HDL > 40, LDL < 150, TRIGLICÉRIDOS < 150, GLICEMIA EN AYUNAS < 100, HB GLICOSILADA < 7.0, PA POR DEBAJO 130/80 MM HG

MEDICAMENTOS:

TOMAR SU MEDICACIÓN SIN FALTA TODOS LOS DÍAS, EN HORARIOS ESTABLECIDOS POR SU MEDICO Y NO SUSPENDER SIN ORDEN MÉDICA ASÍ SE SIENTA BIEN. NO CONSUMIR MEDICAMENTOS SIN SER FORMULADOS POR MÉDICOS U ODONTÓLOGOS. NUNCA TOMAR ANTIGRIPALES.

DIETA LIBRE DE BACTERIAS CON LAVADO DE MANOS ANTES COMIDAS, ANTES PREPARAR O CONSUMIR ALIMENTOS, ALIMENTOS BIEN COCIDOS, LAVADO DE FRUTAS Y VERDURAS CON AGUA Y JABON, CONSUMO DE AGUA HERVIDA

EVITAR EL LICOR, EL CIGARRILLO U OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

USO DEL CONDON COMO ÚNICO MÉTODO EN INFECCIONES TRANSMISIÓN SEXUAL

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA
ESCOLARIDAD: Básica primaria

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

SIGNOS DE ALARMA:

ACUDIR A URGENCIAS SI DOLOR DE CABEZA INTENSO, DOLOR DEL PECHO O BRAZO IZQUIERDO O MANDIBULA, ADORMECIMIENTO O INCAPACIDAD DE MOVER ALGUNA PARTE DEL CUERPO, DESMAYOS, SED INTENSA, ORINADERA PERSISTENTE, AREAS NEGRAS EN PIEL, CUALQUIER INDICIO DE INFECCION
CUALQUIER SÍNTOMA QUE CONSIDERE DEBE SER VALORADO POR PROFESIONAL DE LA SALUD. LA CLÍNICA LA ESTANCIA ES EL SITIO SUGERIDO

ACTIVIDAD FÍSICA:

CAMINAR MEDIA HORA 5 VECES A LA SEMANA EN PLANO

PARA EVITAR CONTAGIO CON VIRUS DE PANDEMIA COVID 19 DEBE :

-LAVADO DE MANOS FRECUENTES CON AGUA Y JABON CADA 2 HORAS .

-USO DE TAPABOCAS FRECUENTE SI SE MOJA DE SECRESIONES ESTE DEBE SER DESECHADO Y CAMBIADO POR UNO NUEVO O EN CASO CONTRARIO CAMBIAR CADA DIA .

-PARA QUITAR LA MASCARILLA EVITE TOCARLA DE LA PARTE FRONTAL DEBE HACERLO DE LAS BANDAS LATERALES Y DESECHAR EN LAS BOLSAS DE RESIDUOS E INMEDIATAMENTE DEBE LAVARSE LAS MANOS

-NO COMPARTIR LOS ELEMENTOS DE USO PERSONAL

-LIMPIAR TODOS LOS DIAS SUPERFICIES DE CONTACTO FRECUENTE

-MONITOREAR SIGNOS Y SINTOMAS.

-EVITAR LAS VISITAS.

-MANTENER BUENA CIRCULACION DEL AIRE(AIRE ACONDICIONADO O VENTANAS ABIERTAS).

-NO DAR LA MANO NI DAR BESOS ALAS PERSONAS

SIGNOS DE ALARMA :

FIEBRE PERSISTENTE O DE DIFICIL CONTROL.

DIFICULTAD PARA RESPIRAR O RESPIRACION MAS RAPIDA

DOLOR AL RESPIRAR, SOMNOLENCIA , O DIFICULTAD PARA DESPERTAR

DETERIORO DEL ESTADO GENERAL EN FORME RAPIDA

DECAIMIENTO MARCADO

CONVULSIONES

DEBE CONSULTAR DE FORMA INMEDIATA AL CENTRAL DE URGENCIAS O LLAMAR ALA LINEAS DE EPS SANITAS ESTABLECIDAS PARA LA CONTINGENCIA COVID 19CONSULTA A NUESTRAS LINEAS DE ATENCION LINEA GRATIUTA 018000919100 opción 6 LUEGO 1 320 255 0525
WHATS APP

LINEA CRUE DEPARTAMENTAL 3012737787

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Popayan

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificación (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones múltiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (crónica) (periférica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonía, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- Hábitos Alimentarios

(22/09/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN

(20/06/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN

(08/06/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN

(18/05/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN

(24/04/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN

(19/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(04/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(30/10/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)

(07/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)

(07/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(16/04/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)

(13/11/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(05/11/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(04/10/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(08/11/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(01/06/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(31/01/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(06/09/2017) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(04/09/2017) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(23/08/2017) ¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

(14/06/2017) ¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

(15/05/2017) ¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(22/09/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(20/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(08/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(18/05/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(24/04/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(19/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS

(04/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS

(30/10/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(07/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS

(07/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(16/04/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(13/11/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(05/11/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(04/10/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(08/11/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(01/06/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(31/01/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(06/09/2017) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)

(04/09/2017) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO

(15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA IDENTIFICACIÓN: CC 10527165 SEXO: Masculino ETNIA: Indígena

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
25. Várices: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(31/01/2018,10:05:45)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
 2. Cáncer: No.
 3. Cirugía mayor: No.
 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
 6. Edad: No.
 7. Enfermedad médica aguda: No.
 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
 10. EPOC: No.
 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
 12. Inmovilización: No.
 13. Inserción de catéter: No.
 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
 15. Lesión medular: No.
 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
 18. Politraumatismo: No.
 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
 20. Sepsis: No.
 21. Síndrome nefrótico: No.
 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
 23. Trauma de extremidades: No.
 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
 25. Várices: No.
1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
 2. Cáncer: No.
 3. Cirugía mayor: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad médica aguda: No.
25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

DATOS DEL PACIENTE
NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
- 14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
- 19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
- 20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
- 21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
- 22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
- 23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
- 26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
- 28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
- 30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
- 31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
- 32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
- 33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/11/2019,09:55:47)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
- 14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

DATOS DEL PACIENTE
NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses? : No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años? : No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer) : No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No.

28. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.

- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?

: No.

- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.

10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

- Actualmente fuma?: No.

- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.

- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.

12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.

18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.

19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.

20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.

25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer)

: No.

28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
14. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
16. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
17. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
18. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl): No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl): No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl): No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl): No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl): No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA IDENTIFICACIÓN: CC 10527165 SEXO: Masculino ETNIA: Indígena

8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

04/02/2022 09:51:00. EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Maei Yojana Garcia Fernandez. Reg. Médico. 0. Enfermería.

Demanda Inducida.

Edad del paciente: 68 años. Grupo poblacional: Otro. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Cargo: vendedor.

04/02/2022 09:51:00 - DEMANDA INDUCIDA AL PROGRAMA HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

Fuente de remisión: Hospitalización. Telefono: 3154530825

DATOS PARA EL PROGRAMA

Diagnóstico: I10X - Hipertension esencial (primaria)

GESTIÓN REALIZADA

Contacto efectivo: Paola Polindara.

Descripción de la gestión: 04/02/2022, Se realiza seguimiento a base de hospitalización con dx INFECCION DEBIDA A CORONAVIRUS, SIN OTRA ESPECIFICACION DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA), se establece comunicación con la hija se explica motivo de llamado el cual indica continua hospitalizado en la UCI INTUBADO según reporte médico ESTABLE. No aporta mayor información. Se comenta que el ultimo control por programa de crónicos 22/09/2021, se educa al familiar para asistencia a controles de programa Hipertensión, Diabetes, y Enfermedad renal, se fomenta adherencia al tratamiento, realización de exámenes. Se le indica al egreso es necesario asistir control pos hospitalización y re ingreso a programa crónico. Familiar informa cuenta con 2 dosis de Pfizer.

Cita: No requiere y/o no acepta cita

Justificación: Otra

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones multiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificacion (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones multiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (cronica) (periferica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonia, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .

(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

- HÁBITOS ALIMENTARIOS

(22/09/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN

(20/06/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN

(08/06/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN

(18/05/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN

(24/04/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), DIETA COMUN

(19/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(04/03/2021) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(30/10/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)

(07/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)

(07/07/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(16/04/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)

(13/11/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(05/11/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(04/10/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(08/11/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(01/06/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(31/01/2018) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿Cuántas porciones consume? (3), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(06/09/2017) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)

(04/09/2017) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (Si), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (Si), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, POCAS HARINAS

(23/08/2017) ¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

(14/06/2017) ¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No), POCA AZUCAR, POCOS FRITOS, HARINAS NORMALES

(15/05/2017) ¿Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?? (No)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(22/09/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(20/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(08/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(18/05/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(24/04/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(19/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS

(04/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS

(30/10/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(07/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS

(07/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(16/04/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(13/11/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(05/11/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(04/10/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(08/11/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(01/06/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(31/01/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(06/09/2017) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)

(04/09/2017) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO

(15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad médica aguda: No.
25. Várices: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(31/01/2018,10:05:45)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
25. Várices: No.
1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad médica aguda: No.
25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA IDENTIFICACIÓN: CC 10527165 SEXO: Masculino ETNIA: Indígena

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
 29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
 30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
 : No.
 31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
 : No.
 32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
 : No.
 33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
 34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
 35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
 5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
 9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
 10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
 12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
 13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
 14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
 15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
 16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
 17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
 18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
 : Nunca ha usado.
 19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
 20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
 21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
 22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
 23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
 24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
 25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
 : No.
 26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
 27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
 : Nunca.
 28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
 29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
 30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
 : No.
 31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
 : No.
 32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
 : No.
 33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
 34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
 35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA IDENTIFICACIÓN: CC 10527165 SEXO: Masculino ETNIA: Indígena

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/11/2019,09:55:47)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA IDENTIFICACIÓN: CC 10527165 SEXO: Masculino ETNIA: Indígena

: No.

28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.

- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?

: No.

- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.

10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

- Actualmente fuma?: No.

- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.

- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.

12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.

18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.

19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.

20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.

25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
 - Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
 - ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
 - ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
 - Actualmente fuma?: No.
 - Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 11. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
- 13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
- 14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
- 15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl): No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl): No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl): No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl): No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA IDENTIFICACIÓN: CC 10527165 SEXO: Masculino ETNIA: Indígena

8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

04/02/2022 09:51:00. EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Maei Yojana Garcia Fernandez. Reg. Médico. 0. Enfermería.

Demanda Inducida.

Edad del paciente: 68 años. Grupo poblacional: Otro. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Cargo: vendedor.

04/02/2022 09:51:00 - DEMANDA INDUCIDA AL PROGRAMA ENFERMEDADES DE SALUD PÚBLICA

Fuente de remisión: Hospitalización. Telefono: 3154530825

DATOS PARA EL PROGRAMA

Diagnóstico: -

GESTIÓN REALIZADA

Contacto efectivo: Paola Polindara.

Descripción de la gestión: 04/02/2022, Se realiza seguimiento a base de hospitalización con dx INFECCION DEBIDA A CORONAVIRUS, SIN OTRA ESPECIFICACION DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA), se establece comunicación con la hija se explica motivo de llamado el cual indica continua hospitalizado en la UCI INTUBADO según reporte médico ESTABLE. No aporta mayor información. Se comenta que el ultimo control por programa de crónicos 22/09/2021, se educa al familiar para asistencia a controles de programa Hipertensión, Diabetes, y Enfermedad renal, se fomenta adherencia al tratamiento, realización de exámenes. Se le indica al egreso es necesario asistir control pos hospitalización y re ingreso a programa crónico. Familiar informa cuenta con 2 dosis de Pfizer.

Cita: No requiere y/o no acepta cita

Justificación: Otra

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(22/09/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(22/09/2021) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones multiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Prurito, no especificado (L299); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Micosis superficial, sin otra especificacion (B369); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(18/05/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones multiples (E147); Sospecha ATEP: No.
(07/07/2020) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119); Sospecha ATEP: No.
(21/05/2020) Diabetes mellitus no insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E118); Sospecha ATEP: No.
(16/04/2020) Lumbago no especificado (M545); Sospecha ATEP: No.
(13/11/2019) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(26/09/2019) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119); Sospecha ATEP: No.
(22/02/2019) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(08/11/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(12/10/2018) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(01/06/2018) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(06/09/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.
(04/09/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(23/08/2017) Hipercolesterolemia pura (E780); Sospecha ATEP: No.
(14/06/2017) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion (E109); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Insuficiencia venosa (cronica) (periferica) (I872); Sospecha ATEP: No.
(15/05/2017) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119); Sospecha ATEP: No.
(02/11/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/06/2016) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(16/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Bronconeumonia, no especificada (J180), Bilateral; Sospecha ATEP: No.
(16/06/2015) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(04/06/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149); Sospecha ATEP: No.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion (E149), 1/2003; Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(25/09/2020) No Refiere.
(23/08/2017) No Refiere.
(14/06/2017) No Refiere.
(04/05/2017) No Refiere.
(02/11/2016) No Refiere.
(22/12/2015) No Refiere.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(19/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(30/10/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(27/06/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(23/04/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/01/2015) No Refiere Nuevos Antecedentes.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- HÁBITOS ACTIVIDAD FISICA

(22/09/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(20/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(08/06/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(18/05/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(24/04/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), SEDENTARIO

(19/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS

(04/03/2021) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS

(30/10/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(07/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), REFIERE TROTAR 40-50 MINUTOS TODOS LOS DIAS

(07/07/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(16/04/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca)

(13/11/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(05/11/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(04/10/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (Nunca), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(08/11/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(01/06/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(31/01/2018) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(06/09/2017) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos)

(04/09/2017) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (60 minutos), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(23/08/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), CAMINATA 1 HORA 2 VECES SEMANAL

(14/06/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No), SEDENTARIO

(15/05/2017) ¿Realiza ejercicio 3 o más veces a la semana por unos 20 minutos o más cada vez? (No)

- HÁBITOS SEXUALES

(22/09/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(20/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/06/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(18/05/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(24/04/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(19/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/03/2021) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(30/10/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (No)

(07/07/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(13/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(05/11/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(04/10/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(08/11/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(01/06/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(31/01/2018) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(06/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No)

(04/09/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(23/08/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(14/06/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

(15/05/2017) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (3), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?? (Si), ¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Ninguno)

- ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 3

Entorno

El paciente ha sido remitido alguna vez a consulta de psiquiatría?: No, El paciente ha estado expuesto a?: Ninguno

Red de Apoyo general

El paciente cuenta con red de apoyo: Si, Tipo de red de apoyo: Hijos, El paciente desea asistir a talleres: No

Red de Apoyo

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

1. - Nombre miembro red de apoyo: paola andrea polindara - Miembro red de apoyo: Hijos - Teléfono miembro red de apoyo: 3163407894

Índice de Barthel

El paciente puede comer: Es independiente, El paciente puede trasladarse en silla / cama: Es independiente, El paciente puede realizar su aseo personal: Es independiente para lavarse la cara, las manos, dientes, peinarse y afeitarse, El paciente puede usar el baño: Es independiente (Entra, sale, se limpia y se viste), El paciente puede ducharse: Es independiente para ducharse, El paciente camina: Es independiente al menos en 50 m, El paciente sube o baja escaleras: Es independiente, El paciente puede vestirse: Es independiente con botones, cremalleras y cordones, El paciente tiene control de la deposición: Control de esfínter fecal, El paciente tiene control de orina: Control de esfínter urinario, Total Barthel: 100/100

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa

Domicilio

Con quien vive el paciente: Familia Nuclear, Tipo de vivienda del paciente: Casa, Tenencia de la vivienda del paciente: Propia, Estrato de la vivienda del paciente: 2

Domicilio

Con quien vive?: Familia Nuclear, Tipo de vivienda: Casa, Estrato: 3, Tenencia: Familiar

Entorno

Estudios: Básica primaria, Profesión: VENDEDOR

Red de Apoyo

Red de apoyo: No Tiene, Desea asistir a talleres?: Sí

Entorno Socio Familiar

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(18/05/2021,07:41:03)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
25. Várices: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(31/01/2018,10:05:45)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Cáncer: No.
3. Cirugía mayor: No.
4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
25. Várices: No.

(23/06/2016,08:42:46)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
 2. Cáncer: No.
 3. Cirugía mayor: No.
 4. Cirugía ortopédica mayor: No.
 5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
 6. Edad: No.
 7. Enfermedad médica aguda: No.
 8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
 9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
 10. EPOC: No.
 11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
 12. Inmovilización: No.
 13. Inserción de catéter: No.
 14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
 15. Lesión medular: No.
 16. Lupus eritematoso sistémico: No.
 17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
 18. Politraumatismo: No.
 19. Quimioterapia / radioterapia: No.
 20. Sepsis: No.
 21. Síndrome nefrótico: No.
 22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
 23. Trauma de extremidades: No.
 24. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
 25. Várices: No.
1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
 2. Cáncer: No.
 3. Cirugía mayor: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

4. Cirugía ortopédica mayor: No.
5. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
6. Edad: No.
7. Enfermedad médica aguda: No.
8. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
9. Enfermedad tromboembólica previa: No.
10. EPOC: No.
11. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
12. Inmovilización: No.
13. Inserción de catéter: No.
14. Insuficiencia cardíaca congestiva: No.
15. Lesión medular: No.
16. Lupus eritematoso sistémico: No.
17. Modulares selectivos de estrógenos: No.
18. Politraumatismo: No.
19. Quimioterapia / radioterapia: No.
20. Sepsis: No.
21. Síndrome nefrótico: No.
22. Terapia de reemplazo hormonal: No.
23. Trauma de extremidades: No.
24. Trombos, enfermedad médica aguda: No.
25. Varices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(22/09/2021,11:04:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(20/06/2021,06:40:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 221.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(08/06/2021,19:18:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/05/2021,07:41:03)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma medicación para la Hipertensión Arterial regularmente?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 220.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(24/04/2021,07:24:14)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/03/2021,17:25:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(30/10/2020,18:11:59)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,18:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(25/09/2020,09:51:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 40 minutos.
17. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
18. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
27. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
28. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

(07/07/2020,14:39:56)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 200.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(21/05/2020,08:16:42)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE
NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/04/2020,16:41:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(18/11/2019,16:58:41)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.

13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.

14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

18. ¿Consume o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?

: Nunca ha usado.

19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.

20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.

21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.

22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.

23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?

: Nunca.

28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)

: No.

32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/11/2019,06:32:24)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

DATOS DEL PACIENTE
NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
- 14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
- 16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
- 17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
- 18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
- 19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
- 20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
- 21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
- 22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
- 23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
- 26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
- 28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
- 30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
- 31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
- 32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
- 33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
- 34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
- 35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/11/2019,09:55:47)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
- 10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
- 13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
- 14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
- 15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA IDENTIFICACIÓN: CC 10527165 SEXO: Masculino ETNIA: Indígena

16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 216.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(27/09/2019,17:03:16)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consumo ó ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
24. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
25. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
26. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

27. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
28. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
29. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?
: No.
31. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer)
: No.
32. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
33. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
34. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
35. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/09/2019,13:45:10)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Tabaquismo (paquete año): 0 paquetes año.
13. ¿Usted consume más de 80 cc de alcohol día? (entre un cuarto y medio de vaso de 250 cc): Nunca.
14. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
15. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
16. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
17. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
18. ¿Consuma o ha consumido en forma repetida marihuana, cocaína, heroína, u otras sustancias psicoactivas?
: Nunca ha usado.
19. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: Nunca.
20. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud ? : No.
21. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: No todos los días.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?
: No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene síntomas de obstrucción urinaria (disuria, disminución del chorro, esfuerzo, nicturia)?
: Nunca.
27. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
28. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
29. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?
: No.
30. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
31. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
32. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(22/02/2019,17:03:15)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(08/11/2018,10:54:09)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/10/2018,17:53:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
17. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
18. Colesterol Total (mg/dl): 226.0.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

: No.

28. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,10:05:45)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.

- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?

: No.

- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.

10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.

11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.

- Actualmente fuma?: No.

- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.

- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.

12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.

18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.

19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.

20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.

21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.

25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?

: No.

27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer)

: No.

28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

29. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(13/10/2017,16:57:31)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.

- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.

- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.

DATOS DEL PACIENTE
NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.
- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
21. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
22. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
23. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
24. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
25. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
27. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosas de cáncer): No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(06/09/2017,07:06:26)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
- ¿Tiene o ha tenido más de un compañero sexual en los últimos 5 años?: No.
- ¿Ha usado preservativo en todas sus relaciones?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: Si.
- Actualmente fuma?: No.
- Fuma más de 10 cigarrillos a la semana?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- Dejó de fumar hace menos de 10 años?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
17. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
18. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
19. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
21. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: Si.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido cáncer de Colon antes de los 55 años?: No.
26. ¿Le han diagnosticado en el colon o recto adenoma tubular con displasia de alto grado? (células sospechosa de cáncer): No.
27. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
28. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
29. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
30. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(04/09/2017,07:54:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 60 minutos.
14. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
15. Colesterol Total (mg/dl): 231.0.
16. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(23/08/2017,07:21:38)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
- Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
- Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(16/08/2017,14:42:40)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(14/06/2017,07:11:11)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Cuál es el último valor de su colesterol?: 231 - mg/dl.
8. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
9. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
10. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
12. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
13. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
14. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

- 15. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 17. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 18. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 19. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

(15/05/2017,08:08:07)

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
 - Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
 - Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Le han recetado medicamentos contra la Hipertensión Arterial?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 11. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
- 12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
- 13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 15. Consume menos de 5 porciones de frutas y verduras al día?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
- 20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

- 1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
- 2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
- 3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
- 4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
- 5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
- 6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl)??: No.
- 7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
- 8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
- 9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: No.
- 10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
- 11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
- 12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
- 13. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
- 14. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
- 15. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
- 16. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
- 17. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
- 18. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
- 19. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA

IDENTIFICACIÓN: CC 10527165

SEXO: Masculino

ETNIA: Indígena

20. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
6. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl): No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
10. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
11. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
12. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
13. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
14. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
15. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
16. Realiza ejercicio 3 o más veces cada semana por unos 20 minutos o más cada vez?: No.
17. Consume 5 porciones de Frutas y/o verduras al día?: No.
18. Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
19. Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
20. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
21. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
22. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
23. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
24. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl): No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl): No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: Si.
3. Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
4. Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
5. Algún médico le ha dicho si ha tenido altos niveles de colesterol (≥ 240 mg/dl): No.
6. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
7. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: HENRY POLINDARA IDENTIFICACIÓN: CC 10527165 SEXO: Masculino ETNIA: Indígena

8. Actualmente tiene relaciones sexuales?: Si.
9. En el último año ha tenido más de un compañero sexual?: No.
10. Ha tenido sexo sin condón con más de una pareja?: No.
11. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
12. Algún médico le ha dicho que tiene pie diabético?: No.
13. Le han realizado alguna amputación por pie diabético?: No.
14. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.

ATENCIONES DEL PACIENTE

18/02/2022 19:03:09. EPS SANITAS CENTRO MEDICO POPAYAN, POPAYAN

Datos del profesional de la salud: Dummer Antonio Muñoz Urrea. Reg. Médico. 4613485. Enfermería.

Demanda Inducida.

Edad del paciente: 68 años. Grupo poblacional: Otro. Estado Civil: Casado (a). Ocupación: Otros vendedores comerciantes no clasificados. Cargo: vendedor.

18/02/2022 19:03:09 - DEMANDA INDUCIDA AL PROGRAMA ADULTO MAYOR

Fuente de remisión: Asegurador. Telefono: 3154530825

DATOS PARA EL PROGRAMA

Diagnóstico: Z000 - Examen medico general

GESTIÓN REALIZADA

Contacto efectivo: HENRY POLINDARA.

Descripción de la gestión: 18/02/2022 Para dar control y seguimiento de programa de P y P en coordinación con MUNAY (programa comunitario) se llama al usuario para invitación a actividades físicas y de educaron del los programas . Contesta la hija Sr Paula Poliandra la cual manifiesta que su padre fallece el día 13/02/2021 en clínica la estancia por falla cardiaca , por lo que no se continua con el proceso

Historia Clínica

Clínica la Estancia

S.A.

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN **Teléfono:** 3154530825 **Parentesco:** Hijo
Acompañante: MARIA IDALGO **Teléfono:** 3154530825

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 65 AÑOS

FOLIO 1 **FECHA** 26/11/2018 16:41:47 **TIPO DE ATENCIÓN** **AMBULATORIO**
ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Cantidad	Descripción	Realizado
1	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	

INFORME:

SE REALIZA ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS DE PARED ABDOMINAL CON EQUIPO Voluson E6 CON TRANSDUCTOR LINEAL CON LOS SIGUIENTES HALLAZGOS:

OBSERVANDO:

A NIVEL UMBILICAL SE IDENTIFICA ANILLO HERNIARIO DE 5 MM DE DIÁMETRO, CON PROTRUSIÓN DE SACO HERNIARIO DURANTE LA MANIOBRA DE VALSALVA DE 7 X 10 MM, EL CUAL CONTIENE GRASA L EN SU INTERIOR.

PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO CON ESPESOR Y ECOGENICIDAD NORMALES.
NO HAY LESIONES SOLIDAS NI QUÍSTICAS.

EL RESTO DE LOS PLANOS MUSCULARES SE OBSERVAN ÍNTEGROS.

CONCLUSIÓN:

PEQUEÑA HERNIA UMBILICAL SIN COMPLICACIONES AL MOMENTO DEL ESTUDIO
FECHA Y HORA DE APLICACION:26/11/2018 16:41:56 REALIZADO POR: DIANA CATHERINE REALPE



DIANA CATHERINE REALPE
 Reg. 1061688057
IMAGENES DIAGNOSTICAS

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 65 AÑOS

FOLIO 2 **FECHA** 01/02/2019 12:43:08 **TIPO DE ATENCIÓN** **AMBULATORIO**
MOTIVO DE CONSULTA

REMITIDO

ENFERMEDAD ACTUAL

65 AÑOS

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

DIABETICO DESDE HACE APROX. 8 AÑOS

ALERGICOS NIEGA

FCOS INSULINA

QCOS QUISTE MUSLO IZQUIERDO

CON DOLOR ABDOMINAL IZQUIERDO DESDE HACE APROX. 6 MESES

COMENTA QUE EL DOLOR SE IRRADIA A LA REGION LUMBAR IZQUIERDA

REFIERE PRURITO, NO LESIONES EN PIEL

NIEGA DISNTESION NI CAMBIOS DEL HABITO INTESTINAL

NI EPISODIOS DE SANGRADO DIGESTIVO NI PERDIDA DE PESO

ESTUVO EN MANEJO CON FISIATRA PERO DICE QUE NO MEJORO CON TERAPIAS, REFIERE QUE TIENE PENDIENTE CITA PARA RAYOS X PARA EL 9 FEBRERO.

CLINICAMENTE

ESTABLE

ANICTERICO

NO LUCE TOXICO

ABDOMEN CON DENSO PANICULO ADIPOSO, DOLOR EN MARCO COLICO IZQUIERDO, SIN MASAS O HERNIAS PALPABLES. PEQUEÑA HERNIA UMBILICAL DE 5 MM SIN CAMBIOS DE ALARMA EN EL MOMENTO Y QUE NO EXPLICAR EL DOLOR DEL PACIENTE.

PLAN Y MANEJO

VER ORDENES MEDICAS.

Evolución realizada por: MARCO ANTONIO MEDINA ORTEGA-Fecha: 01/02/19 12:43:08**DIAGNÓSTICO** R104 OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

Tipo PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO K429 HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA

Tipo RELACIONADO

DIAGNÓSTICO M545 LUMBAGO NO ESPECIFICADO

Tipo RELACIONADO

ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS**Cantidad****Descripción**

2

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)

Pendiente

TOMOGRAFIA ABDOMINOPELVICA SIMPLE Y CONTRASTADA (ORAL Y ENDOVENOSO) PREVIA CREATININA NORMAL.

65 AÑOS

DIABETICO DESDE HACE APROX. 8 AÑOS

ALERGICOS NIEGA

FCOS INSULINA

QCOS QUISTE MUSLO IZQUIERDO

CON DOLOR ABDOMINAL IZQUIERDO DESDE HACE APROX. 6 MESES

COMENTA QUE EL DOLOR SE IRRADIA A LA REGION LUMBAR IZQUIERDA

REFIERE PRURITO, NO LESIONES EN PIEL



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 3 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección: CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento: CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

NIEGA DISNTESION NI CAMBIOS DEL HABITO INTESTINAL

NI EPISODIOS DE SANGRADO DIGESTIVO NI PERDIDA DE PESO

ESTUVO EN MANEJO CON FISIATRA PERO DICE QUE NO MEJORO CON TERAPIAS, REFIERE QUE TIENE PENDIENTE CITA

PARA RAYOS X PARA EL 9 FEBRERO.

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	
1	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	Pendiente
REALIZAR ANTES DE LA TOMOGRAFIA.		
1	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA [PSA]	Pendiente
1	UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL	Pendiente
MAS GOSC		

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR CIRUGIA GENERAL

Fecha de Orden: 01/02/2019 Ordenada

OBSERVACIONES

CONTROL CON RESULTADO DE EXAMENES

RESULTADOS :

MARCO ANTONIO MEDINA ORTEGA

Reg. 10290302/193135

CIRUGIA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 65 AÑOS

FOLIO 3 FECHA 09/02/2019 08:14:27 TIPO DE ATENCIÓN AMBULATORIO

ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Cantidad	Descripción	
1	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	En proceso

VICTOR MARIO MUÑOZ GARCIA

Reg. 10547624

IMAGENES DIAGNOSTICAS

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 65 AÑOS

FOLIO 4 FECHA 09/02/2019 10:37:18 TIPO DE ATENCIÓN AMBULATORIO

ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 4 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

Cantidad	Descripción	Realizado
1	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	
	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA:	
	Formaciones osteofíticas anterolaterales en los diferentes cuerpos vertebrales.	
	Esclerosis de platillos vertebrales.	
	Retrolistesis de L4/L5 con disminución del espacio inter-vertebral asociado	
	Discopatía en el nivel L5-S1	
	Cambios óseos degenerativos facetarios.	
	Osteopenia generalizada.	
	Ateromatosis aortica.	
	FECHA Y HORA DE APLICACION:12/02/2019 11:57:56 REALIZADO POR: GERMAN HERNANDO RUIZ BELTRAN	

GERMAN HERNANDO RUIZ BELTRAN

Reg. 76316324/1043-99

RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 65 AÑOS**FOLIO****5****FECHA 21/02/2019 07:14:55****TIPO DE ATENCIÓN****AMBULATORIO****ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS**

Cantidad	Descripción	En proceso
1	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	

ARMANDO ALDEBARAN GUTIERREZ ALVAREZ

Reg. 76327091/1136-1

IMAGENES DIAGNOSTICAS**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 65 AÑOS**FOLIO****7****FECHA 21/02/2019 07:40:46****TIPO DE ATENCIÓN****AMBULATORIO****NOTAS ENFERMERIA**

INGRESA PACIENTE AL ÁREA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR . PACIENTE CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA PARA TOMA DE TAC DE ABDOMEN SIMPLE Y CONTRASTADO, SE CONFIRMA PREPARACIÓN CON 7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 5 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

MEDIO DE CONTRASTE ORAL CON 15 cc DE GATROVIEW, AYUNO COMPLETO DE SEIS HORAS Y CREATININA EN SUS PARAMETROS NORMALES, SE EXPLICA EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR AL PACIENTE Y FAMILIAR LAS POSIBLES REACCIONES RIESGOS, ALERGIAS Y BENEFICIOS. PACIENTE REFIERE ENTENDER LO EXPLICADO, POSTERIORMENTE SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO, SE HACE TOMAR EL RESTO DE MEDIO DE CONTRASTE VÍA ORAL GATROVIEW CON EL CUAL SE ESTABA PREPARANDO HORAS ANTES, SE CANALIZA PACIENTE EN MSI CON VIALON # 20g + ADAPTADOR DE SEGURIDAD SE PERMEABILIZA VENA CON 10 CC DE SSN AL 0,9 %, SE UBICA PACIENTE EN EL TOMOGRAFO, SE CONECTA EXTENSION R48 Y SE ADMINISTRA MEDIO DE CONTRASTE I.V. IOPROMIDA 100 CC, SE TERMINA EL PROCEDIMIENTO SE PERMEABILIZA NUEVAMENTE VENA CON 30 CC DE SSN AL 0.9% VENA PERMEABLE SIN SIGNOS DE EXTRAVASACIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE NI FLEBITIS, SE RETIRA ACCESO VENOSO PACIENTE QUE TOLERA PROCEDIMIENTO SE DAN RECOMENDACIONES, BOLETA PARA ENTREGA DE RESULTADOS CON HORA Y FECHA. PACIENTE SALE DEL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS ESTABLE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR.

Nota realizada por: YANETH LUCIA MUÑOZ Fecha: 21/02/19 07:40:51**YANETH LUCIA MUÑOZ****Reg. 34317599/19-074****AUXILIAR DE ENFERMERIA****SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 65 AÑOS**FOLIO****8****FECHA 26/02/2019 08:52:48****TIPO DE ATENCIÓN****AMBULATORIO****ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS****Cantidad****Descripción****2****TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)****Realizado****FECHA Y HORA DE APLICACION: / / : : REALIZADO POR:****TAC ABDOMINAL SIMPLE Y CONTRASTADO**

EN EQUIPO HELICOIDAL DE 16 CORTES SE REALIZA ESTUDIO SOLICITADO DE TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA ABDOMINOPELVICA SIMPLE Y CON CONTRASTE ORAL (GATROVIEW 30 ml) Y 100 cc DE IOPROMIDA 300mg) UTILIZANDO CONECTOR R48 , AGUJA 18 G , SSN 09 % 100 ml JERINGA DE 10 ml y 20 ml POSTERIOR A LA RECONSTRUCCIÓN MULTIPLANAR OBSERVANDO:

BASES PULMONARES : SIN COMPROMISO RELEVANTE**HÍGADO :** VOLUMEN Y CONTORNOS PRESERVADOS. SIN APRECIAR FRANCAS LESIONES FOCALES**VESÍCULA BILIAR :** ADECUADA DISTENSIÓN, SIN APARENTE COMPROMISO PARIETAL NI LITOS DOMINANTES POR EL MÉTODO**ARBOL BILIAR :** SIN DILATACION RELEVANTE**PÁNCREAS Y BAZO :** ADECUADO VOLUMEN SIN LESIONES FOCALES**7J.0 *HOSVITAL*****Usuario:** 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

GLANDULAS SUPRARENALES : SIN MASAS

RIÑONES: TOPICOS DE MORFOLOGIA USUAL . NO SE OBSERVAN CALCIFICACIONES DOMINANTES , MASAS, QUISTES NI SIGNOS DE HIDRONEFROSIS.

NEFROGRAMA SIMÉTRICO

CAMARA GASTRICA : CON MODERADA DISTENSIBILIDAD

ASAS INTESTINALES DELGADAS : PARCIALMENTE OPACIFICADAS CON MODERADA DISTENSION ADECUADA DISTRIBUCION.

MARCO COLICO : PARCIALMENTE OPACIFICADO CON MODERADA DISTENSION Y ADECUADA DISTRIBUCION

AMPOLLA RECTAL CON MODERADA DISTENSION.

NO SE DOCUMENTAN FORMACIONES DIVERTICULARES COLONICAS .

DEFECTOS DE LLENADO POR MATERIA FECAL EN MARCO COLICO.

GRASA PERIRECTAL NO INFILTRADA

PARA PATOLOGIA GASTROINTESTINAL SE RECUERDAN ESTUDIOS ENDOSCOPICOS / IMAGENOLOGICOS COMPLEMENTARIOS A CRITERIO CLINICO

GRASA MESENTERICA : NO INFILTRADA

RETROPERITONEO : SIN MASAS NI ADENOPATIAS .

VASOS ARTERIALES AORTO ILIACOS: SIN ANEURISMAS CON PLACAS DE ATEROMA

VASOS VENOSOS CAVO ILIACOS : SIN COMPROMISO RELEVANTE .

ASCITIS: AUSENTE

VEJIGA: CON MODERADA DISTENSION SIN COMPROMISO RELEVANTE PARIETAL NI ENDOLUMINAL.

PROSTATA : CON DISCRETO INCREMENTO VOLUMETRICO .

VESICULAS SEMINALES : ANATOMICAS

FOSA ISQUIORECTAL : NO INFILTRADA .

ESTRUCTURA OSEA : EVIDENCIA CAMBIOS INVOLUTIVOS. DOMINAN CAMBIOS DE ESPONDILODISCOARTROPATHIA

INVOLUTIVA EN LOS NIVELES L4 – L5 Y L5 - S1

PARED ABDOMINAL : SIN DEFECTOS HERNIARIOS

DESCARTO PATOLOGIA EXPANSIVA ABDOMINOPELVICA RELEVANTE POR EL METODO.

ATEROMATOSIS AORTOILIACA.

CAMBIOS DE ESPONDILODISCOARTROPATHIA INVOLUTIVA LUMBAR .

RELEVANCIA DIAGNOSTICA DE LOS HALLAZGOS DESCRITOS BAJO CRITERIO CLINICO.

VER DESCRIPCION.

DR. EDGAR ALBERTO ROJAS BARRERA.

MD .RADIOLOGO

T/PATRICIA BENITEZ

ESTUDIO INFORMADO MEDIANTE ANALISIS DE IMAGENES DIGITALES

FECHA Y HORA DE APLICACION:26/02/2019 08:52:57 REALIZADO POR: EDGAR ALBERTO ROJAS BARRERA

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 7 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaereo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**EDGAR ALBERTO ROJAS BARRERA**

Reg. 79431084/4610-93 F_D

SIN ESPECIALIDAD SELECCIONADA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 65 AÑOS**FOLIO****9****FECHA 01/03/2019 10:45:50****TIPO DE ATENCIÓN****AMBULATORIO****MOTIVO DE CONSULTA**

CONTROL CON EXAMENES

ENFERMEDAD ACTUAL

EN LA ANTERIOR CITA ANOTE:

"65 AÑOS

DIABETICO DESDE HACE APROX. 8 AÑOS

ALERGICOS NIEGA

FCOS INSULINA

QCOS QUISTE MUSLO IZQUIERDO

CON DOLOR ABDOMINAL TIPO "ARDOR" IZQUIERDO DESDE HACE APROX. 6 MESES

COMENTA QUE EL DOLOR SE IRRADIA A LA REGION LUMBAR IZQUIERDA

REFIERE PRURITO, NO LESIONES EN PIEL

NIEGA DISTENSION NI CAMBIOS DEL HABITO INTESTINAL

NI EPISODIOS DE SANGRADO DIGESTIVO NI PERDIDA DE PESO

ESTUVO EN MANEJO CON FISIATRA PERO DICE QUE NO MEJORO CON TERAPIAS, REFIERE QUE TIENE PENDIENTE CITA PARA RAYOS X PARA EL 9 FEBRERO.

CLINICAMENTE

ESTABLE

ANICTERICO

NO LUCE TOXICO

ABDOMEN CON DENSO PANICULO ADIPOSO, DOLOR EN MARCO COLICO IZQUIERDO, SIN MASAS O HERNIAS PALPABLES. PEQUEÑA HERNIA UMBILICAL DE 5 MM SIN CAMBIOS DE ALARMA EN EL MOMENTO Y QUE NO EXPLICAR EL DOLOR DEL PACIENTE."

SE ENVIARON ESTUDIOS:

*TAC ABDOMINAL 21/02/2019 REPORTA NO HERNIAS DE PARED ABDOMINAL,

ESPONDILOATROPIA LUMBAR L4-L5 Y L5-S1, ATEROMATOSIS AORTOILIACA, DEFECTOS DE LLENADO POR MATERIA FECAL EN MARCO COLICO, NO DIVERTICULOS. NO IMAGENES EXPANSIVAS INTRAABDOMINALES.

06/02/2019 UROANALISIS CON GLUCOSURIA.

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 8 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

PSA 0.740

CRT 0.73

EL PACIENTE NO ACEPTA CIRUGIA DE LA HERNIA POR AHORA, DICE QUE NO TIENE COLICO NI DOLOR UMBILICAL.

ANÁLISIS

PACIENTE SIN ABDOMEN AGUDO

CON DOLOR ABDOMINAL Y LUMBAR IZQUIERDO DEBIDO A PROBLEMA LUMBAR, ENTEROPATIA DIABETICA Y MENOS PROBABLE ENFERMEDAD COLONICA.

RESPECTO A LA HERNIA UMBILICAL: NO ACEPTA CIRUGIA, DICE QUE LE DUELE NI TIENE COLICO, SE PLANTEA ENTONCES MANEJO EXPECTANTE.

PLAN Y MANEJO

VER ORDENES MEDICAS

CONTROL EN UN AÑO PARA SEGUIMIENTO DE HERNIA UMBILICAL DE 5 MM ASINTOMATICA EN EL MOMENTO.

Evolución realizada por: MARCO ANTONIO MEDINA ORTEGA-Fecha: 01/03/19 10:45:50

DIAGNÓSTICO	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	Tipo PRINCIPAL
DIAGNÓSTICO	C188	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL COLON	Tipo RELACIONADO
POLIPO?			
DIAGNÓSTICO	K429	HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	Tipo RELACIONADO
ASINTOMATICA			
DIAGNÓSTICO	M541	RADICULOPATIA	Tipo RELACIONADO
IZQUIERDA			

ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO

Cantidad	Descripción	
1	<u>COLONOSCOPIA TOTAL</u>	Pendiente
BAJO SEDACION PREVIO EKG.		
1	<u>ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD</u>	Pendiente
REALIZAR ANTES DE LA COLONOSCOPIA		

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
2,00	10,00 GOTAS	TRAMADOL CLORHIDRATO (1ML=20GOTAS) SOLUC	ORAL	6 Horas	NUEVO
ION ORAL 100 MG/ML/10 ML 100MG/ML/10ML					

APLICAR 10 A 15 GOTAS DEBAJO DE LA LENGUA O DILUIR LAS GOTAS EN MEDIO VASO CON AGUA Y TOMAR CADA 6 HORAS

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR CIRUGIA GENERAL

Fecha de Orden: 01/03/2019 Ordenada

OBSERVACIONES

CONTROL EN UN AÑO PARA SEGUIMIENTO DE HERNIA UMBILICAL DE 5 MM ASINTOMATICA EN EL MOMENTO.

RESULTADOS :

INTERCONSULTA POR GASTROENTEROLOGIA

Fecha de Orden: 01/03/2019 Ordenada

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 9 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

OBSERVACIONES

VALORACION CON RESULTADO DE LA COLONOSCOPIA.

IDX ENTEROPATIA DIABETICA, LESION COLON??

RESULTADOS :

INTERCONSULTA POR NEUROCIRUGIA

Fecha de Orden: 01/03/2019 Ordenada

OBSERVACIONES

65 AÑOS

DOLOR LUMBAR IZQUIERDO Y EN PARED ABDOMINAL IZQUIERDA.

*TAC ABDOMINAL 21/02/2019 REPORTA NO HERNIAS DE PARED ABDOMINAL,

ESPONDILOATROPIA LUMBAR L4-L5 Y L5-S1, ATROMATOSIS AORTOILIACA, DEFECTOS DE LLENADO POR MATERIA FECAL EN MARCO COLICO, NO DIVERTICULOS. NO IMAGENES EXPANSIVAS INTRAABDOMINALES.

RESULTADOS :

MARCO ANTONIO MEDINA ORTEGA

Reg. 10290302/193135

CIRUGIA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 65 AÑOS

FOLIO 10 FECHA 11/03/2019 11:14:23 TIPO DE ATENCIÓN AMBULATORIO

ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO

Cantidad

Descripción

1 ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Realizado

INGRESA PACIENTE DE GENERO MASCULINO MAYOR DE EDAD A SALA DE PROCEDIMIENTOS CONSULTA EXTERNA, DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, DESPIERTO, CONCIENTE, ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, PACIENTE CON RIESGO DE CAIDAS, CON ORDEN MEDICA PARA TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO, SE REALIZA PROTOCOLO DE BIENVENIDA, LAVADO DE MANOS, SE EXPLICA PROCEDIMIENTO Y SE REALIZA ELECTROCARDIOGRAMA SIN COMPLICACIONES, SE BRINDA EDUCACION SOBRE PREVENCION DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, PACIENTE REFIERE ENTENDER, SE ENTREGA VOLANTE PARA RECLAMAR RESULTADO CON LECTURA MEDICA Y EGRESA DEL SERVICIO.

FECHA Y HORA DE APLICACION: 11/03/2019 11:24:10 REALIZADO POR: NUBIA CARMENZA SANCHEZ OLIVEROS

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 10 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**NUBIA CARMENZA SANCHEZ OLIVEROS**

Reg. 34540836/34540836

AUXILIAR DE ENFERMERIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 66 AÑOS**FOLIO****11****FECHA 10/05/2019 09:25:39****TIPO DE ATENCIÓN****AMBULATORIO****MOTIVO DE CONSULTA**

CONTROL CON EXAMENES

ENFERMEDAD ACTUAL

EN LA ANTERIOR CITA ANOTE:

"65 AÑOS

DIABETICO DESDE HACE APROX. 8 AÑOS

ALERGICOS NIEGA

FCOS INSULINA

QCOS QUISTE MUSLO IZQUIERDO

CON DOLOR ABDOMINAL TIPO "ARDOR" IZQUIERDO DESDE HACE APROX. 6 MESES

COMENTA QUE EL DOLOR SE IRRADIA A LA REGION LUMBAR IZQUIERDA

REFIERE PRURITO, NO LESIONES EN PIEL

NIEGA DISTENSION NI CAMBIOS DEL HABITO INTESTINAL

NI EPISODIOS DE SANGRADO DIGESTIVO NI PERDIDA DE PESO

ESTUVO EN MANEJO CON FISIATRA PERO DICE QUE NO MEJORO CON TERAPIAS, REFIERE QUE TIENE PENDIENTE CITA PARA RAYOS X PARA EL 9 FEBRERO.."

SE ENVIARON ESTUDIOS:

*TAC ABDOMINAL 21/02/2019 REPORTA NO HERNIAS DE PARED ABDOMINAL,

ESPONDILOATROPIA LUMBAR L4-L5 Y L5-S1, ATROMATOSIS AORTOILIACA, DEFECTOS DE LLENADO POR MATERIA FECAL EN MARCO COLICO, NO DIVERTICULOS. NO IMAGENES EXPANSIVAS INTRAABDOMINALES.

06/02/2019 UROANALISIS CON GLUCOSURIA.

PSA 0.740

CRT 0.73

EL PACIENTE NO ACEPTA CIRUGIA DE LA HERNIA POR AHORA, DICE QUE NO TIENE COLICO NI DOLOR UMBILICAL."

EKG 11/03/2019 HEMIBLOQUEO AS, NO SIGNOS DE ISQUEMIA

COLONOSCOPIA TOTAL 09/05/2019: ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON IZQUIERDO, EXTENSO EXZEMA CUTANEO PERIANAL, PERINEAL Y

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

REGION GLUTEA. HEMORROIDES MIXTAS GRADO I.

EL FISIATRA CONSIDERA QUE SE TRATA DE UN DOLOR NEUROPATICO, POR TANTO INDICA PREGABALINA PERO DICE QUE LA ENTIDAD NO SE LO HA ENTREGADO, POR LO QUE CONTINUA CON ARDOR Y DOLOR EN REGION LUMBAR Y PARED ABDOMINAL IZQUIERDA. NIEGA DOLOR COLICO ABDOMINAL.

CLINICAMENTE

ESTABLE

ANICTERICO

NO LUCE TOXICO

ABDOMEN CON DENSO PANICULO ADIPOSEO, DOLOR A LA PALPACION PROFUNDA EN MARCO COLICO IZQUIERDO, SIN MASAS O HERNIAS PALPABLES. PEQUEÑA HERNIA UMBILICAL DE 5 MM SIN CAMBIOS DE ALARMA EN EL MOMENTO Y QUE NO EXPLICAR EL DOLOR DEL PACIENTE, EL PACIENTE NO ACEPTA HERNIORRAFIA UMBILICAL. TIENE DOLOR ARDOR E HIPERALGESIA EN FLANCO, FOSA ILIACA IZQUIERDA Y REGION LUMBAR IZQUIERDA DE ORIGEN NEUROPATICO.

ANÁLISIS

NO PATOLOGIA QUIRURGICA INTRAABDOMINAL POR MI ESPECIALIDAD.

PLAN Y MANEJO

VER ORDENES MEDICAS.

ALTA POR CX GRAL.

Evolución realizada por: MARCO ANTONIO MEDINA ORTEGA-Fecha: 10/05/19 09:25:39**DIAGNÓSTICO** R522 OTRO DOLOR CRONICO Tipo PRINCIPAL**DIAGNÓSTICO** K573 ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO GRUESO SIN PERFORA Tipo RELACIONADO**DIAGNÓSTICO** M792 NEURALGIA Y NEURITIS NO ESPECIFICADAS Tipo RELACIONADO**INTERCONSULTAS**

INTERCONSULTA POR DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Fecha de Orden: 10/05/2019 **Ordenada****OBSERVACIONES**

ORDEN PRIORITARIA PARA VALORACION Y MANEJO POR ALGESIOLOGIA.

DX: DOLOR NEUROPATICO.

EL FISIATRA CONSIDERA QUE SE TRATA DE UN DOLOR NEUROPATICO, POR TANTO INDICA PREGABALINA PERO DICE QUE LA ENTIDAD NO SE LO HA ENTREGADO, POR LO QUE CONTINUA CON ARDOR Y DOLOR EN REGION LUMBAR Y PARED ABDOMINAL IZQUIERDA.

CLINICAMENTE

ESTABLE

ANICTERICO

NO LUCE TOXICO

ABDOMEN CON DENSO PANICULO ADIPOSEO, DOLOR A LA PALPACION PROFUNDA EN MARCO COLICO IZQUIERDO, SIN MASAS O HERNIAS PALPABLES. PEQUEÑA HERNIA UMBILICAL DE 5 MM SIN CAMBIOS DE ALARMA EN EL MOMENTO Y QUE NO EXPLICAR EL DOLOR DEL PACIENTE, EL PACIENTE NO ACEPTA HERNIORRAFIA UMBILICAL. TIENE DOLOR ARDOR E HIPERALGESIA EN FLANCO, FOSA ILIACA IZQUIERDA Y REGION

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 12 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

LUMBAR IZQUIERDA DE ORIGEN NEUROPATICO.

RESULTADOS :

INTERCONSULTA POR GASTROENTEROLOGIA Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Fecha de Orden: 10/05/2019 **Ordenada****OBSERVACIONES**

DX: DIVERTICULOSIS COLON IZQUIERDO.

RESULTADOS :

INTERCONSULTA POR NUTRICION Y DIETETICA

Fecha de Orden: 10/05/2019 **Ordenada****OBSERVACIONES**

DX: DIVERTICULOSIS COLON IZQUIERDO.

RESULTADOS :**MARCO ANTONIO MEDINA ORTEGA**

Reg. 10290302/193135

CIRUGIA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 66 AÑOS**FOLIO** 12 **FECHA** 10/06/2019 08:12:39 **TIPO DE ATENCIÓN** **AMBULATORIO****MOTIVO DE CONSULTA**

DOLOR NEUROPATICO ABDOMINAL.

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 66 AÑOS DE EDADM, REMITIDO POR CIRUGIA GENERAL, DOLOR ABDOMINAL FLANCO IZQUIERDO SIN IRRADIACION RADICULAR PERO CON COMPROMISO MUSCULAR LUMBAR. SENSACION DE ARDOR LOCAL, SIN RESPUESTA A PREGABALINA. DOLOR CON AFECTACION DORSAL Y LATERAL ABDOMINAL IZQUIERDA.

*TAC ABDOMINAL 21/02/2019 REPORTA NO HERNIAS DE PARED ABDOMINAL, ESPONDILOATROPIA LUMBAR L4-L5 Y L5-S1, ATROFIA DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES, DEFECTOS DE LLENADO POR MATERIA FECAL EN MARCO COLICO, NO DIVERTICULOS. NO IMAGENES EXPANSIVAS INTRAABDOMINALES.

*EKG 11/03/2019 HEMIBLOQUEO AS, NO SIGNOS DE ISQUEMIA

*COLONOSCOPIA TOTAL 09/05/2019: ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON IZQUIERDO, EXTENSO EXZEMA CUTANEO PERIANAL, PERINEAL Y REGION GLUTEA. HEMORROIDES MIXTAS GRADO I.

REVISIÓN X SISTEMAS

CABEZA Y ORAL: DIABETICO DESDE HACE APROX. 8 AÑOS

ALERGICOS NIEGA

FCOS INSULINA

QCOS QUISTE MUSLO IZQUIERDO

EXAMEN FÍSICO

CABEZA Y ORAL: DOLOR LATERAL Y PARAVERTEBRAL IZQUIERDO, AFECTACION LATERAL Y SENSACION DE HIPERALGESIA.

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 13 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**ANÁLISIS**

PACIENTE DE 66 AÑOS DE EDAD DIABETICO DESDE HACE APROX. 8 AÑOS
CON PERSISTENCIA DE DOLOR ABDOMINAL TIPO "ARDOR" IZQUIERDO DESDE HACE APROX. 6 MESES SIN RESPUESTA A INICIO DE
PREGABALINA ORAL. ALTA SOSPECHA CLINICA DE NEUROPATIA DIABETICA LOCALIZADA AUNQUE CON DISTRIBUCION ATIPICA. ANTE DOLOR
PERSISTENTE SE INDICA:

- 1- KETOPROFENO GEL 2.5%. APLICACION DOS VECES POR SEMANA X 90 DIAS [TUBO X 60 MG #3]...
- 2- SE PROGRAMA DE FORMA PRIORITARIA PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO INTERVENCIONISTA DE MANEJO DEL DOLOR POR
ALGESIÓLOGO EN QUIROFANO ASÍ: *BLOQUEO PLEXO SIMPATICO ERECTOR ESPINAL DORSAL IZQUIERDO (RA2301015-053114), *BLOQUEO
PLEXO NERVIOSO TAP IZQUIERDO (RA2301005-053114)..
- 3- CITA DE CONTROL CON MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO EN 2 MESES.

SE DAN RECOMENDACIONES PARA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INSTAURADO, SE RESUELVEN DUDAS ACERCA DEL PRONOSTICO DEL DOLOR. SE
SOLICITA A EPS ENTREGA PRIORITARIA E INMEDIATA DE LOS MEDICAMENTOS ORDENADOS PARA NO ALTERAR EL CURSO Y PRONOSTICO DEL
DOLOR CRONICO -- SE ENTREGA FORMULACION INDICADA PARA USO PROLONGADO QUE NO REQUIERE ASISTENCIA MENSUAL A LA
ESPECIALIDAD PARA RENOVACION DE FORMULACION: ES RESPONSABILIDAD DE LA EPS LA ENTREGA DE LA MEDICACION ORDENADA COMPLETA.

COMENTA QUE EL DOLOR SE IRRADIA A LA REGION LUMBAR IZQUIERDA

PLAN Y MANEJO

CITA DE CONTROL CON MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO EN 2 MESES.

Evolución realizada por: JOSE ANDRES CALVACHE ESPAÑA-Fecha: 10/06/19 08:23:02

DIAGNÓSTICO	R101	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	Tipo PRINCIPAL
DIAGNÓSTICO	M792	NEURALGIA Y NEURITIS NO ESPECIFICADAS	Tipo RELACIONADO
DIAGNÓSTICO	R522	OTRO DOLOR CRONICO	Tipo RELACIONADO

JOSE ANDRES CALVACHE ESPAÑA

Reg. 94064631/05575-

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 66 AÑOS**FOLIO** 15 **FECHA** 15/08/2019 18:05:35 **TIPO DE ATENCIÓN** **AMBULATORIO****NOTAS ENFERMERIA**

INGRESA PACIENTE A ADMISION DE CIRUGIA POR SUS PROPIOS MEDIOS CONSCIENTE ORIENTADA EN EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA
VERBALIZA SUS NOMBRES Y APELLIDOS.

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 14 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

SE REALIZA PRESENTACION PERSONAL Y PROTOCOLO DE BIENVENIDA, SE COLOCA MANILLA DE IDENTIFICACION CON STICKERS DE RIESGO DE CAIDAS

PARA SER INTERVENIDA BLOQUEO PLEXO SIMPATICO ERECTOR ESPINAL DORSAL IZQUIERDO IDENTIFICA Y VERBALIZA EL AREA OPERATORIA, CON AYUNO DE 8 HORAS, NO REFIERE ALERGIAS.

CONSENTIMIENTOS DE CIRUGIA FIRMADO

CONSENTIMIENTOS DE ANESTESIA PENDIENTE FIRMAR

PACIENTE REFIERE NO TOMAR MEDICAMENTOS.

GRUPO SANGUINEO: O POSITIVO

SE CANALIZA VENA EN MIEMBRO SUPERIOR SUPERIOR IZQUIERDO CON VIALON 20 CON ADAPTADOR DE SEGURIDAD
NO PROTESIS DENTAL

SE TRASLADA DOBLE CHEQUEO

OBSERVACIONES: Se le informa que tiene riesgo de caídas por: la anestesia, el uso de polainas, piso mojado; en caso de poder acompañar al paciente debe permanecer con el, mantener la barandas de las camillas arriba.

SE BRINDA INFORMACION A FAMILIAR Y PACIENTE DE TIEMPO APROXIMADO DE ESTANCIA EN EL SERVICIO, SE ACLARAN DUDAS DURANTE EL PROCESO DE ADMISION, SE INDICA LUGAR EN DONDE SE BRINDA INFORMACION DESPUES DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.

Nota realizada por: MAGDA ROSCELLY VELASCO SUNS Fecha: 15/08/19 18:05:40

Magda Roscelly Velasco Suns

MAGDA ROSCELLY VELASCO SUNS

Reg. 1061792585/1196

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 66 AÑOS

FOLIO

18

FECHA 15/08/2019 18:53:52

TIPO DE ATENCIÓN

AMBULATORIO

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 AMPOLLAS	DEXAMETASONA FOSFATO/ACETATO JERINGA PRE LLENADA SOLUCION INYECTABLE 2+8 MG/1 ML 2+8MG	INTRAMUSCULAR	Dosis Unica	NUEVO

USO POR MEDICINA DEL DOLOR.

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 15 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**JOSE ANDRES CALVACHE ESPAÑA**

Reg. 94064631/05575-

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 66 AÑOS**FOLIO****19****FECHA 15/08/2019 18:56:45****TIPO DE ATENCIÓN****AMBULATORIO****NOTAS ENFERMERIA**

18+56---INGRESA PACIENTE A SALA2 PARA CIRUGIA PROGRAMADA DE -BLOQUEO ----, CON EL DR. -CALVACHE --- POR SUS PROPIOS MEDIOS , DESPIERTO, ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON VIALON 18 PASANDO SOLUCION SALINA PIEL INTEGRAL Y HIDRATA CON MANILLA DE IDENTIFICACION CON STIKER AZUL DE RIESGO DE CAIDAS, SE REALIZA LISTA DE CHEQUEO CON EL EQUIPO, PACIENTE CONFIRMA CONOCIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO , AYUNO COMPLETO, NO ALERGIAS. ES MONITORIZADO COMPLETAMENTE POR EL DR. -DAVID ---- QUIEN ORDENA ANESTESIA RAQUIDEA. REALIZA ASEPSIA EN AREA LUMBAR CON CLOREXIDINA + ALCOHOL NO PRESENTA NINGUNA REACCION Y APLICA BUPIROP SIMPLE TRAVEZ DE SPINOCAL 22

DR CALVACHE -MEDICO AYUDANTE REALIZA ASEPSIA EN AREA QUIRURGICA CON CLOREXIDINA + CLORAPREP NO PRESENTA NINGUNA REACCION

COLOCA GOTEIO DE REMIFNETANILO POR BOMBA TITULABLE Y MIDAZOLAN 1CC ENDOVENOSOS Y COLOCA CANULA NASAL
---EL DR. --CALVACHE --INICIA PROCEDIMIENTO JUNTO AL DR.-JUAN CARLOS INSTRUMENTADOR -CON:

AGUJAS:1

COPRESAS:5

GASAS:5

COLOCA DUODECAEDRON DOS AMPOLLAS INICIA BLOQUEO SIN COMPLICACIONES

SE TRASLADA PACIENTE A RECUPERACION EN CAMILLA CON BARANDAS ELEVADAS, BAJO EFECTOS DE ANESTESIA BLOQUEO PASANDO SOLUCION SALINA ENTREGO HISTORIA CLINICA

Nota realizada por: MARIA ALEJANDRA MUNOZ TORO Fecha: 15/08/19 18:56:47



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 16 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

MARIA ALEJANDRA MUNOZ TORO

Reg. 34332003/343320

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 66 AÑOS**FOLIO** 20 **FECHA** 15/08/2019 19:17:42 **TIPO DE ATENCIÓN** **AMBULATORIO**CIRUGÍAS

<u>CANT</u>	<u>CÓDIGO</u>	<u>DESCRIPCIÓN</u>	<u>Grupo Quirúrgico</u>
2	053114	BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL (CERVICAL TORACICO O LUMBAR)	

Médico: JOSE ANDRES CALVACHE E **Especialidad:** DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS **Vía:** PERCUTANEA

DESCRIPCIÓN CIRUGÍA**Medico** 00823 JOSE ANDRES CALVACHE ESPAÑA **Especialidad:** DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS**Diagnostico Preoperatorio:** R522 OTRO DOLOR CRONICO**Diagnostico Postoperatorio:** R522 OTRO DOLOR CRONICO**Tipo de Herida:** LIMPIA **Tipo de Anestesia:** ENDOVENOSA **Tipo de Cirugia:** PROGRAMADA**Cantidad de Sangrado:** 0 ml. **Vía:** DIFERENTE VÍA**Realizacion Acto Quirurgico:** 15/08/2019 **Hora Inicio** 18:30:00 **Hora Final** 19:00:00**Tiempo de Perfusión:** 0 Minuto **Tiempo de Clamp:** 0 Minuto**Descripcion Quirurgica:**

PROCEDIMIENTO : BLOQUEO DE PLEXO SIMPATICO TORACICO IZQUIERDO UBICADO EN EL PLANO ERECTOR DE LA ESPINA T3-T4 GUIADO POR ULTRASONIDO-ECOGRAFIA - ALGESIOLOGIA (RA2301015 #1 // 053114 #1). Después de la firma y aprobación del consentimiento informado por el paciente, se ubicó en decúbito prono en mesa quirúrgica radio lúcida con la cabeza en posición hiperextendida y ligera rotación contralateral. El anestesiologo a cargo monitorizó pulso, tensión arterial y saturación de oxígeno durante todo el procedimiento e inició proceso de sedación. Se canalizo vena periferica para infusion de LEV y medidas de seguridad. Se realizó limpieza, asepsia y antisepsia extensa de piel del área cervical y toracico bilateral con Clorhexidina durante tres ocasiones y se ubico campo operatorio estéril. Mediante uso de equipo de ultrasonido Sonosite y transductor lineal de 7 Mhz se realizó evaluación de los planos toracicos y tejidos blandos locales posteriores a fascia paravertebral. Se inicio el procedimiento con el Bloqueo regional simpático en el plano erector de la espina en T3. Mediante guía ultrasonográfica se localizó estructuras de la línea media y se desplazo lateralmente hasta abordaje posterior localizacion de proxeso transversal vertebral. Se realizó punción ecodirigida con abordaje cefalo caudal "en plano" con aguja Spinocath 25G 3.5" previa infiltración cutánea con Lidocaina 2% 2 ml y se ubica la punta de la aguja en la fascia del músculo erector de espina. Se realiza test de infiltración con SSN 2 ml para visualizar dispersión apropiada en tiempo real. Tras confirmación de la localización se realiza infiltración de Lidocaina 1% 2 ml, Bupivacaína 0,25% 2 ml y Triamcinolona 20 mg (Volumen total = 10 ml). Posteriormente, el Bloqueo regional simpático en el plano erector de la espina en T4. Mediante guía ultrasonográfica se localizó estructuras de la línea media y se desplazo lateralmente hasta abordaje posterior localizacion de proxeso transversal vertebral. Se realizó 7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 17 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

punción ecodirigida con abordaje cefalo caudal "en plano" con aguja Spinocath 25G 3.5" previa infiltración cutánea con Lidocaina 2% 2 ml y se ubica la punta de la aguja en la fascia del músculo erector de espina. Se realiza test de infiltración con SSN 2 ml para visualizar dispersión apropiada en tiempo real. Tras confirmación de la localización se realiza infiltración de Lidocaína 1% 2 ml, Bupivacaína 0,25% 2 ml y Triamcinolona 20 mg (Volumen total = 10 ml).

POR DIFERENTE VIA.. PROCEDIMIENTO: BLOQUEO REGIONAL DEL PLANO TRANSVERSO ABDOMINAL, PLEXO NERVIOSO ILIOINGUINAL E ILIOHIPOGASTRICO IZQUIERDO GUIADO POR ULTRASONIDO-ECOGRAFIA - ALGESIOLOGIA (RA2301005#1 // 053114#1). Después de la firma y aprobación del consentimiento informado por el paciente, se ubicó en decúbito prono en mesa quirúrgica. El anestesiólogo a cargo monitorizó pulso, tensión arterial y saturación de oxígeno durante todo el procedimiento e inició proceso de sedación. Se realizó limpieza, asepsia y antisepsia extensa de piel del área abdominal y fosas iliacas con clorhexidina durante tres ocasiones y se ubico campo operatorio estéril. Mediante uso de equipo de ultrasonido Sonosite y transductor lineal de 7 mhz se realizo evaluación de los planos abdominales y tejidos blandos locales (31112). Mediante guía ultrasonográfica se localizó los tres planos musculares abdominales, musculo oblicuo externo, oblicuo interno y transverso del abdomen y las áreas de localización de nervios ilioinguinal e ilihipogastrico en la fascia que separa el músculo oblicuo interno del transverso del abdomen. Dos centímetros medial a la espina iliaca anterosuperior se realiza punción ecodirigida con abordaje medial a lateral "en plano" con aguja spinocath 22G 3.5" previa infiltración cutánea con lidocaina 2% 2 ml y se ubica la punta de la aguja en la fascia del músculo transverso del abdomen. Se realiza test de infiltración con SSN 2 ml para visualizar dispersión apropiada en tiempo real. tras confirmación de la localización se realiza infiltración de lidocaína 1% 7 ml, bupivacaína 0,25% 7 ml y triamcinolona 25 mg (volumen total = 15 ml). Procedimiento sin complicaciones inmediatas.

Complicaciones: SI ☐ NO ☒**Hallazgos:**

DOLOR CRONICO SACROILIACO IZQUIERDO Y REGION ABDOMINAL FOSA ILIACA IZQUIERDA.

Tejidos enviados a patología : SI ☐ NO ☒**JOSE ANDRES CALVACHE ESPAÑA**

Reg. 94064631/05575-

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS**OTROS PARTICIPANTES**

<u>CÓDIGO</u>	<u>NOMBRE</u>	<u>TIPO</u>	<u>PARTICIPO?</u>
00022	MARIA ALEJANDRA MUNOZ TORO	CIRCULANTE	S
00337	JUAN CARLOS PAZOS ARTEAGA	INSTRUMENTADOR	S

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 66 AÑOS**FOLIO** 22 **FECHA** 15/08/2019 19:41:33 **TIPO DE ATENCIÓN** **AMBULATORIO****NOTAS ENFERMERIA**

INGRESA Y ENTREGO PACIENTE A RECUPERACION DE CIRUGIA EN CAMILLA POP DE BLOQUEO DE PLEXO SIMPATICO ERECTOR ESPINAL
7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 18 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

DORSAL IZQUIERDO+BLOQUEO NERVIOSO PLEXO NERVIOSO IZQUIERDO CON SEDACION PROCEDIMIENTO REALIZADO POR EL DR CALVACHE DESPIERTO ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR CON VIALON NUMERO 20 + ADAPTADOR DE SEGURIDAD SIN AGUJA PACIENTE NO PORTA MANILLA DE IDENTIFICACION SE MONITORIZA COMPLETAMENTE SE COLOCA SOPORTE VITAL DE OXIGENO POR CANULA PENDIENTE SALIDA

Nota realizada por: CLAUDIA LILIANA LAME SANCHEZ Fecha: 15/08/19 19:30:00

CLAUDIA LILIANA LAME SANCHEZ

Reg. 25291949/252919

AUXILIAR DE ENFERMERIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 66 AÑOS**FOLIO** 23 **FECHA** 15/08/2019 20:50:01 **TIPO DE ATENCIÓN** **AMBULATORIO****NOTAS ENFERMERIA**

20+00 RECIBO PACIENTE EN RECUPERACION , EN CAMILLA CON VARANDAS ARRIBA , CONCIENTE , ORIENTADO EN TIEMPO , LUGAR Y PERSONA , ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON CATETER 20 Y ADAPTADOR DE SEGURIDAD PERMEABLE SIN SIGNOS DE FLEBITIS , , PIEL INTEGRAL , POSQUIRURGICO DE BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL , AREA DE PUNCION SIN SANGRADO , NO HEMATOMA , TEST DE ALDRET DE 10 , QUEDA BAJO OBSERVACION , PENDIENTE EVOLUCION.

Nota realizada por: CESAR ALBERTO PARUMA MADROÑERO Fecha: 15/08/19 20:52:18

CESAR ALBERTO PARUMA MADROÑERO

Reg. 10291400/190938

AUXILIAR DE ENFERMERIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 66 AÑOS**FOLIO** 24 **FECHA** 15/08/2019 21:04:56 **TIPO DE ATENCIÓN** **AMBULATORIO****EVOLUCIÓN MÉDICO**

POST-QUIRURGICO INMEDIATO, SIN COMPLICACIONES, EL PACIENTE TOLERA ADECUADAMENTE EL PROCEDIMIENTO, SIN SANGRADO, CON BUENA EVOLUCION CLINICA, TOLERA LA VIA ORAL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA ESCALA DE ALDRETE 10, MICCION ESPONTANEA

PLAN: POR ORDEN DE ALGESIOLOGIA SE DARA DE ALTA CON FORMULA MEDICA ENTREGADA PREVIAMENTE EN CONSULTA EXTERNA, ORDEN DE CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 30 DIAS, RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

Evolución realizada por: SANTIAGO ANDRES ORDOÑEZ CASTRO-Fecha: 15/08/19 21:05:04

DIAGNÓSTICO R522 OTRO DOLOR CRONICO

Tipo PRINCIPAL

RECOMENDACIONES

INDICACIONES ESPECIFICAS DE CUIDADO EN CASA

1. INGESTA ADECUADA DE LOS MEDICAMENTOS
2. CONTROL POR CONSULTA EXTERNA DE ALGESIOLOGIA EN 30 DIAS
3. EVITAR ESFUERZOS FISICOS
4. CURACIONES DIARIAS DE HERIDAS, CON AGUA Y JABON, MANTENER SECA
5. CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA: DOLOR QUE NO CEDE CON ANALGESICOS FORMULADOS, FIEBRE ESCALOFRIO, SANGRADO O SECRECION PURULENTO POR HERIDA QUIRURGICA Y COLORACION ROJA DE LA PIEL
6. EVITAR LOS ALIMENTOS CONDIMENTADOS, EMBUTIDOS, COMIDA CHATARRA

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Fecha de Orden: 15/08/2019 Ordenada

OBSERVACIONES

CONTROL EN 30 DIAS

RESULTADOS :**SANTIAGO ANDRES ORDOÑEZ CASTRO**

Reg. 1061720868/1061

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 66 AÑOS**FOLIO** 25 **FECHA** 15/08/2019 21:26:34 **TIPO DE ATENCIÓN** AMBULATORIO**NOTAS ENFERMERIA**

21+26 POR ORDEN MEDIA EGRESA PACIENTE DE SALA DE RECUPERACION DE CIRUGIA EN SILLA DE RUEDAS EN COMPAÑIA DE FAMILIAR Y AUXILIAR ASISTENCIAL CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, OXIGENO AL MEDIO AMBIENTE, SE RETIRA ACCESO VENOSO PERIFERICO SIN NINGUNA COMPLICACION, SE ENTREGAN RECOMENDACIONES MEDICAS, CIOTA DE CONTROL CON ESPECIALISTA, FORMULACION MEDICA,

Nota realizada por: JUAN CAMILO RODRIGUEZ RESTREPO Fecha: 15/08/19 21:26:36**JUAN CAMILO RODRIGUEZ RESTREPO**

Reg. 1061748941/19-0

AUXILIAR DE ENFERMERIA

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 20 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 66 AÑOS**FOLIO****26****FECHA 02/10/2019 09:15:20****TIPO DE ATENCIÓN****AMBULATORIO****MOTIVO DE CONSULTA**

DOLOR ABDOMINAL Y LUMBAR

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 66 AÑOS DE EDADM, REMITIDO POR CIRUGIA GENERAL, DOLOR ABDOMINAL FLANCO IZQUIERDO SIN IRRADIACION RADICULAR PERO CON COMPROMISO MUSCULAR LUMBAR. FUE VALORADO POR DR CALVACHE QUIEN REALIZO PROCEDIMIENTO INTERVENCINOISTA CON ALIVIO DEL DOLOR MAS DEL 80% HASTA LA FECHA, REFEIRE MEJORIA FUNCIONAL EN SU ACTIVIDAD COTIDIANA.

*TAC ABDOMINAL 21/02/2019 REPORTA NO HERNIAS DE PARED ABDOMINAL, ESPONDILOATROPIA LUMBAR L4-L5 Y L5-S1, ATROMATOSIS AORTOILIACA, DEFECTOS DE LLENADO POR MATERIA FECAL EN MARCO COLICO, NO DIVERTICULOS. NO IMAGENES EXPANSIVAS INTRAABDOMINALES.

*EKG 11/03/2019 HEMIBLOQUEO AS, NO SIGNOS DE ISQUEMIA

*COLONOSCOPIA TOTAL 09/05/2019: ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON IZQUIERDO, EXTENSO EXZEMA CUTANEO PERIANAL, PERINEAL Y REGION GLUTEA. HEMORROIDES MIXTAS GRADO I.

EXAMEN FÍSICO

. COLUMNA CERVICAL, DORSAL Y LUMBAR: DOLOR PARAVERTEBRAL LUMBAR IZQUIERDO LEVE

ANÁLISIS

DOLOR SOMATICO Y NEUROPATICO CRONICO SEVERO CON MEJORIA POSTERIOR AL MANEJO INTERVENCIONISTA, DEBE CONTINUAR CON KETOPROFENO GEL Y ACET/CODEINA PARA MANEJO EL DOLOR SOMATICO ASOCIADO. SOLICITO A EPS ENTREGA PRIORITARIA DEMEDICAMENTO CON EL FIN DE OPTIMIZAR CONTROL DEL DOLOR.

PLAN Y MANEJO

- 1- ACETAMINOFEN 325 MG/CODEINA 15 MG, UNA TAB VIA ORAL CADA 24 HORAS POR 90 DIAS
- 2- KETOPROFENO GEL 2.5%, APLICAR EN REGION LUMBAR CADA NOCHE POR 60 DIAS (2 TUBOS)
- 3- CITA DE CONTROL POR ALGESIOLOGIA EN 90 DIAS

Evolución realizada por: FARIDT HERNAN CRIOLLO MUÑOZ-Fecha: 02/10/19 09:17:22**DIAGNÓSTICO** R522 OTRO DOLOR CRONICO

Tipo PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO M792 NEURALGIA Y NEURITIS NO ESPECIFICADAS

Tipo RELACIONADO

FARIDT HERNAN CRIOLLO MUÑOZ

Reg. 1061689621/2016

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 67 AÑOS**FOLIO****27****FECHA 21/05/2020 12:09:33****TIPO DE ATENCIÓN****AMBULATORIO****MOTIVO DE CONSULTA**

SE REALIZA TELECONSULTA POR PANDEMIA COVID 19 , ESTADO DE CUARENTENA NACIONAL OBLIGATORIA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 66 AÑOS DE EDAD, REMITIDO POR CIRUGIA GENERAL, DOLOR ABDOMINAL FLANCO IZQUIERDO SIN IRRADIACION RADICULAR PERO CON COMPROMISO MUSCULAR LUMBAR. FUE VALORADO POR DR CALVACHE QUIEN REALIZO PROCEDIMIENTO INTERVENCIONISTA CON ALIVIO DEL DOLOR MAS DEL 80% HASTA LA FECHA, REFIERE MEJORIA FUNCIONAL EN SU ACTIVIDAD COTIDIANA.

REFERIERE SENSACION DE ARDOR EN REGION COSTAL IZQUIERDA , QUE MOLESTA CON LA ROPA APRETADA, SENSACION DE QUEMAZON , PRURITO OCASIONAL

AP : DIABETES

*TAC ABDOMINAL 21/02/2019 REPORTA NO HERNIAS DE PARED ABDOMINAL, ESPONDILOATROPIA LUMBAR L4-L5 Y L5-S1, ATROMATOSIS AORTOILIACA, DEFECTOS DE LLENADO POR MATERIA FECAL EN MARCO COLICO, NO DIVERTICULOS. NO IMAGENES EXPANSIVAS INTRAABDOMINALES.

*EKG 11/03/2019 HEMIBLOQUEO AS, NO SIGNOS DE ISQUEMIA

*COLONOSCOPIA TOTAL 09/05/2019: ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON IZQUIERDO, EXTENSO EXZEMA CUTANEO PERIANAL, PERINEAL Y REGION GLUTEA. HEMORROIDES MIXTAS GRADO I.

ANALISIS : PACIENTE CON DOLOR NEUROPATICO IZQUIERDO, SUBCOSTAL IZQUIERDO, CON CARACTERISTICAS DE NEURALGIA POSTHERPETICA PERO NIEGA LESIONES PREVIAS, BLOQUEO PREVIO POSITIVO CON MEJORIA TEMPORAL Y TRANSITORIA

PLAN

1. IgG e IgM PARA VIRUS HERPES SIMPLE
2. PREGABALINA CAPSULAS DE 50 MG, TOMAR 1 CAPSULA CADA 12 HORAS POR 60 DIAS
3. LIDOCAINA PARCHES 5% APLICAR 12 HORAS AL DIA POR 60 DIAS
4. DULOXETINA TABLETAS 30 MG, TOMAR 1 TABLETA AL DIA POR 60 DIAS
5. KEOTORFENO GEL 2. 5% APLICAR CADA 12 HORAS EN CASO DE DOLOR (2 TUBOS)
6. RNM DE COLUMNA DORSAL PRIORITARIO
7. CITA DE MEDICINA DEL DOLOR EN 60 DIAS

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 22 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

CORREO : paitopol@hotmail.com

DIAGNÓSTICO M792 NEURALGIA Y NEURITIS NO ESPECIFICADAS

Tipo PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO R521 DOLOR CRONICO INTRATABLE

Tipo RELACIONADO

DAVID ALEJANDRO CASTILLO PALACIOS

Reg. 5269996/521349

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 29 **FECHA** 24/01/2022 14:47:00 **TIPO DE ATENCIÓN** **URGENCIAS****MOTIVO DE CONSULTA**

"Tiene covid, desde ayer no puede respirar bien"

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente Masculino de 68 años de edad que ingresa refiriendo cuadro clínico de mas o menos 5 días de evolución, consistente en síntomas respiratorios leves, por lo que el 22/01/2022 decide tomar prueba infección por SARS-CoV-2, positiva, que se ha encontrado aislada en casa, sin otra sintomatología asociada, pero refiere desde anoche inicia con fatiga, sensación de ahogo y dificultad para respirar, por lo que decide consultar el día de hoy por urgencias, ingresa con signos de dificultad respiratoria, y desaturado, niega otras alteraciones.

Antecedentes

Personales: Diabetes mellitus tipo 2

Farmacológicos: Galvus med 1 tab día

Alergicos: Interrogados y negados

Quirúrgicos: resección de lipoma de muslo

Tóxicos: Interrogados y negados

Inmunológicos: 2 vacunas PFIZER

Se atiende a paciente con todos los equipos de protección personal, se hace lavado de manos en los 5 momentos.

REVISIÓN X SISTEMAS

CABEZA Y ORAL: negativos

EXAMEN FÍSICO

CABEZA Y ORAL: Paciente en regulares condiciones generales, afebril, desaturado, hidratado, en el momento con Cabeza: Normocefala, no masas ni lesiones palpables. ORL: Pupilas isocóricas, normoreactivas a la luz, escleras anictéricas, conjuntivas rosadas, mucosa oral húmeda. Cuello: Móvil, simétrico, sin masas ni adenopatías palpables, sin ingurgitación yugular. Tórax: Simétrico, normoexpansivo. Cardíaco: ruidos rítmicos de buena tonalidad, no soplos. Pulmonar: murmullo vesicular claro, no agregados. Abdomen: blando depresible, no doloroso, no signos de irritación peritoneal.

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

Genitourinario: Genitales externos normoconfigurados., Extremidades: Moviles, csimetica, con buena perfusion distal, resto de extremidades sin alteraciones. Neurologico: Alertable, se comuncia con el examindaor,

ANÁLISIS

Paciete de 68 año de edad, diabetico, en el mnoento con dificultad respiraotia, desaturado, se incia manejoj con canula, d eno mejorar se definria escalear a alto flucjo, se soclitan estudiso de severidas para covid, se revalora, postreiuor, se explcia situacion y codncuta, reifere entender y aceptar.

PLAN Y MANEJO

observacion

acetmaifgnoe 1 gr cad a8 horas

omeprazol 20 mg cada día

enoxparina 40 mg sc cada 24horas

inglulisna 6 ui sc si glicometiras mauores a 180

ss examesn

revalroar

Evolución realizada por: NATALIA SOLARTE GONZALEZ-Fecha: 24/01/22 14:47:00**DIAGNÓSTICO** U071 ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA DEBIDO AL NUEVO CORONAVIRTipo PRINCIPAL**ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO**

Cantidad	Descripción	Pendiente
1	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 TABLETA	OMEPRAZOL TAB RECUBIERTA O CAPSULA 20 MG . 20 Mg	ORAL	24 Horas	NUEVO
18,00	6,00 VIAL	INSULINA GLULISINA PEN PRELLENADO EQ. A 300 UI SOL INYEC 100 UI/ML/3 ML (APIDR A SOLOSTAR) 100 UI	SUBCUTANEA	8 Horas	NUEVO
1,00	1,00 AMPOLLAS	HEPARINA DE BAJO PESO (ENOXAPARINA) SOL INY 60 MG/0.6 ML 60 MG/0.6 ML	SUBCUTANEA	24 Horas	NUEVO
30,00	2,00 TABLETA	ACETAMINOFEN TABLETA Ó CÁPSULA X 500 MG 500 MG	ORAL	8 Horas	NUEVO

ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Cantidad	Descripción	Realizado
1	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	

RADIOGRAFIA DE TORAX

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

FOLIO 29

Proyección AP.

Se observa engrosamiento del intersticio peribroncovascular parahiliar bilateral de aspecto congestivo.

Se observa componente atelectasico en la proyección del lóbulo medio del pulmón derecho.

Infiltrados intersticiales bibasales a predominio derecho.

Signos de hiperinsuflacion hacia los vértices pulmonares.

Cordialmente,

DR JUAN CARLOS NARVAEZ

MD RADIÓLOGO

RM 09593/14-06-2018

CC 7.716.493.

Andrea Lopez

FECHA Y HORA DE APLICACION:24/01/2022 22:52:14 REALIZADO POR: JUAN CARLOS NARVAEZ SIERRA

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	Realizado
1	DIMERO D AUTOMATIZADO	
DIMERO D AUTOMATIZADO. :70400 Dímero D aprobado por la FDA para la exclusión de Tromboembolismo venoso (TEV). ng/mL 190 - 499		
FECHA Y HORA DE APLICACION:24/01/2022 18:36:31 TECNICA EMPLEADA : METODO:Inmunoensayo turbidimetrico.		
REALIZADO POR : DINA LUZ OROZCO OROZCO		

1	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L	Realizado
RECUENTO DE LEUCOCITOS :16.37 x10 ³ / 5 - 10		
NEUTROFILOS % :89.30 % 40.3 - 74.8		
LINFOCITOS % :6.00 % 12.2 - 47.1		
MONOCITOS % :3.90 % 4.4 - 12.3		
EOSINOFILOS % :0.10 % 0.01 - 4.4		
BASOFILOS % :0.00 % 0.01 - 0.7		
NEUTROFILOS Abs :14.62 x10 ³ / 1.82 - 7.42		
LINFOCITOS Abs :0.99 x10 ³ / 1.5 - 4		
MONOCITOS Abs :0.64 x10 ³ / 0.03 - 0.77		
EOSINOFILOS Abs :0.01 x10 ³ / 0.03 - 0.44		
BASOFILOS Abs :0.00 x10 ³ / 0.01 - 0.05		
RECUENTO DE ERITROCITOS :4.94 x10 ⁶ / 4.6 - 6.2		
HEMATOCRITO :38.3 % 40 - 54		
HEMOGLOBINA :14.00 g/dl 13.5 - 18		
MCV :77.5 fl 86 - 96		

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

MCH :28.3 pg 25 - 31

MCHC :36.6 g/dl 32 - 38

RDW :12.90 % 11 - 15

RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO :289 x10³/ 150 - 450

MPV :10.1

fl 6.4 - 13

RECUENTO DIFERENCIAL MANUAL :- -

FECHA Y HORA DE APLICACION:24/01/2022 17:39:33TECNICA EMPLEADA : METODO: LASER SEMICONDUCTOR REALIZADO

POR : DINA LUZ OROZCO OROZCO

1 TROPONINA T CUANTITATIVA**Realizado**

TROPONINA T CUANTITATIVA :0.010 ng/ml 0 - 0.013

FECHA Y HORA DE APLICACION:24/01/2022 17:40:15TECNICA EMPLEADA : METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

REALIZADO POR : LUIS FERNANDO MARTINEZ GUTIERREZ

1 BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA**Realizado**

BILIRRUBINA TOTAL :0.51 mg/dl 0.1 - 1.2

BILIRRUBINA DIRECTA :0.26 mg/dl 0.1 - 0.25

BILIRRUBINA INDIRECTA :0.25 mg/dl 0 - 0.75

FECHA Y HORA DE APLICACION:24/01/2022 17:40:15TECNICA EMPLEADA : METODO: COLORIMETRICO. REALIZADO POR

: LUIS FERNANDO MARTINEZ GUTIERREZ

1 DESHIDROGENASA LACTICA [LDH]**Realizado**

DESHIDROGENASA LACTICA :465.0 U/L 135 - 225

FECHA Y HORA DE APLICACION:24/01/2022 17:40:15TECNICA EMPLEADA : METODO: UV CINETICO REALIZADO POR :

LUIS FERNANDO MARTINEZ GUTIERREZ

1 FOSFATASA ALCALINA**Realizado**

FOSFATASA ALCALINA :165.0 U/L 40 - 129

FECHA Y HORA DE APLICACION:24/01/2022 17:40:15TECNICA EMPLEADA : METODO: COLORIMETRICO. REALIZADO POR

: LUIS FERNANDO MARTINEZ GUTIERREZ

1 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)**Pendiente****1 GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA****Realizado**

GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA :372.1 mg/dl 82 - 115

FECHA Y HORA DE APLICACION:24/01/2022 17:40:15TECNICA EMPLEADA : METODO: GLUCOSA HEXOQUINASA REALIZADO

POR : LUIS FERNANDO MARTINEZ GUTIERREZ

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**1 NITROGENO UREICO (BUN)****Realizado**

NITROGENO UREICO :22.7 mg/dl 8 - 23

FECHA Y HORA DE APLICACION:24/01/2022 17:40:15TECNICA EMPLEADA : METODO: UV CINETICO REALIZADO POR :
LUIS FERNANDO MARTINEZ GUTIERREZ**1 POTASIO****Realizado**POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS :4.52 Unidades de reporte: meq/L es equivalente a mmol/L. mmol/L
3.3 - 5.1FECHA Y HORA DE APLICACION:24/01/2022 17:40:15TECNICA EMPLEADA : METODO: ION SELECTIVO REALIZADO POR :
LUIS FERNANDO MARTINEZ GUTIERREZ**1 SODIO****Realizado**SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS :134.00 Unidades de reporte: meq/L es equivalente a mmol/L. mmol/L
136 - 145FECHA Y HORA DE APLICACION:24/01/2022 17:40:15TECNICA EMPLEADA : METODO: ION SELECTIVO REALIZADO POR :
LUIS FERNANDO MARTINEZ GUTIERREZ**1 TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA [TGP-ALT]****Realizado**

TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA :38.4 U/L 5 - 41

FECHA Y HORA DE APLICACION:24/01/2022 17:40:15TECNICA EMPLEADA : METODO: UV CINETICO REALIZADO POR :
LUIS FERNANDO MARTINEZ GUTIERREZ**1 TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST]****Realizado**

TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA :30.8 U/L 5 - 40

FECHA Y HORA DE APLICACION:24/01/2022 17:40:15TECNICA EMPLEADA : METODO: UV CINETICO REALIZADO POR :
LUIS FERNANDO MARTINEZ GUTIERREZ**1 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS****Realizado**

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS :0.80 mg/dl 0.67 - 1.17

FECHA Y HORA DE APLICACION:24/01/2022 17:40:15TECNICA EMPLEADA : METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.
REALIZADO POR : LUIS FERNANDO MARTINEZ GUTIERREZ**1 PROTEINA C REACTIVA PRUEBA SEMICUANTITATIVA****Realizado**

PROTEINA C REACTIVA SEMIAUTOMATIZADO :100.32 mg/L 0.6 - 5

FECHA Y HORA DE APLICACION:24/01/2022 17:40:15TECNICA EMPLEADA : METODO: INMUNOTURBIDIMETRIA REALIZADO
POR : LUIS FERNANDO MARTINEZ GUTIERREZ



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 27 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953

Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

NATALIA SOLARTE GONZALEZ

Reg. 1080901824

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

31

FECHA 24/01/2022 16:01:44

TIPO DE ATENCIÓN

URGENCIAS

NOTAS ENFERMERIA

INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS RESPIRATORIA CONSCIENTE ,ORIENTADO EN COMPAÑIA DE FAMILIAR QUIEN REFIERE QUE EL PTE ES COVID POSITIVO Y TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR ,PTE VALORADO POR MEDICO DE TURNO QUIEN DA ORDEN MEDICAS A CUMPLIR,PREVIO LAVADO DE MANOS Y USO DE EPP SE CANALIZA VENA CON CATETER 18 EN MSD SE TOMAN MUESTRAS DE LABORATORIO SE ENVIAN DEBIDAMENTE ROTULADAS ,SE DEJA ADAPTADOR PERMEABLE SIN SIGNOS DE FLEBITIS ,SE ADMINISTRA ENOXAPARINA X 60MG SUBC-SE DAN 2 Tabletas de acetaminofen x 500mg SIN COMPLICACION ,PTE EN OBSERVACION MEDICA.PENDIENTE RX DE TORAX.

Nota realizada por: MARTHA EUGENIA MUNOZ MOSQUERA Fecha: 24/01/22 16:01:46

MARTHA EUGENIA MUNOZ MOSQUERA

Reg. 34316712/343167

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

33

FECHA 24/01/2022 18:51:12

TIPO DE ATENCIÓN

URGENCIAS

NOTAS ENFERMERIA

QUEDA PACIENTE EN SALA RESPIRATORIA DE URGENCIAS ADULTOS, PACIENTE DE 68 AÑOS D EDAD, EN CAMILLA EN POSICION SEMIFOWLER, CON BARANDAS ELEVADAS Y FRENOS DE SEGURIDAD, CONSCIENTE, ORIENTAD EN T,L,P, CON SU MANILLA DE IDENTIFICACION, CON DIAGNOSTICO MEDICO: ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS 2COVID POSITIVO, CON ACCESO VENOSO PERIFERICO + ADAPTADOR DE SEGURIDAD, PARA MEDICAMENTOS, LA VENA SE ENCUENTRA PERMEABLE Y SIN SIGNOS DE FLEBITIS, SE BRINDA INFORMACION SI PRESENTA: EDEMA, ENROJECIMIENTO DE VENOPUNCION, SE OBSERVA CON PIEL INTEGRAL,RECIBE OXIGNEO POR MASCARA DE RESERVORIO, SE ENCUENTRA EN COMPAÑIA DE SU FAMILIAR, SE LE REALIZAN MEDIDAS CONFORT, TOLERA DIETA, QUEDA PENDIENTE: REVALORAR.

Nota realizada por: DANIELA ALEJANDRA GALINDEZ GOMEZ Fecha: 24/01/22 18:51:25



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 28 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

DANIELA ALEJANDRA GALINDEZ GOMEZ

Reg. 1061773933/19-0

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

35

FECHA 24/01/2022 20:37:22

TIPO DE ATENCIÓN

URGENCIAS

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad

Descripción

1

ADENOVIRUS, ANTÍGENO

Realizado

ADENOVIRUS ANTIGENO :Negativo OBSERVACIONES

Test de Screening de la fase aguda.

En un resultado positivo no se descarta la presencia de otro patógeno en la muestra.

Tipo de Muestra: Aspirado nasofaríngeo -

FECHA Y HORA DE APLICACION:25/01/2022 07:53:50TECNICA EMPLEADA : METODO: Inmunocromatografía rápida.

REALIZADO POR : LUIS FERNANDO MARTINEZ GUTIERREZ

1

INFLUENZA, ANTÍGENO +

Realizado

PERFIL VIRAL RESPIRATORIO ANTIGENOS INFLUENZA A Y B :Negativo INFLUENZA TIPO A:NEGATIVO

INFLUENZA TIPO B:NEGATIVO

H1N1 PANDEMIC:NEGATIVO

OBSERVACIONES

Test de Screening de la fase aguda

En un resultado positivo no se descarta la presencia de otro patógeno en la muestra

TIPO DE MUESTRA Aspirado nasofaríngeo -

FECHA Y HORA DE APLICACION:25/01/2022 07:53:50TECNICA EMPLEADA : METODO: Inmunocromatografía rápida.

REALIZADO POR : LUIS FERNANDO MARTINEZ GUTIERREZ

1

VIRUS SICITAL RESPIRATORIO ANTIGENO

Realizado

VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO ANTIGENO :Negativo Tipo de Muestra: Aspirado nasofaríngeo -

FECHA Y HORA DE APLICACION:25/01/2022 07:53:50TECNICA EMPLEADA : METODO: Inmunocromatografía rápida.

REALIZADO POR : LUIS FERNANDO MARTINEZ GUTIERREZ

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 29 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaereo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

YESICA DAYANA PORTILLA PUENAYAN

Reg. 1088595781

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 37 FECHA 25/01/2022 04:56:52 TIPO DE ATENCIÓN URGENCIAS

GLORIA AMPARO ACOSTA MOSQUERA

Reg. 34318508/343185

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 38 FECHA 25/01/2022 05:14:49 TIPO DE ATENCIÓN URGENCIAS

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 FRASCO	INSULINA ZINC HUMANA (R) VIAL SOLUCION I NYECTABLE 100 UI/ML/10 ML. 100 UI	SUBCUTANEA	Ahora	NUEVO

APLICAR 25 UI SC

YESICA DAYANA PORTILLA PUENAYAN

Reg. 1088595781

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 40 FECHA 25/01/2022 06:11:30 TIPO DE ATENCIÓN URGENCIAS

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 30 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953**Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**EVOLUCIÓN MÉDICO**

BUN: 22.7 BT: 0.51 BD: 0.26 BI: 0.25 TGO: 30.8 TGP: 38.4 FA: 165.0 LDH: 465 NA: 4.52 PCR: 100.32 GLUCOSA: 372.1 CREAT:

0.80 TROPONINA 0.010

CH: 16370 NEUT: 14620 LINF: 990 MON: 640 HB: 14 HCTO: 38.3 PQ: 289000 DIMERO D: 70400

AZOADOS ELEVADOS, FUNCION HEPATICA CONSERVADA ELECTROLITOS NORMALES, GLUCOSA ELEVADA TROPONINA NEGATIVA HEMOGRAMA CON LEUCOTISOSIS NEUTROFILIA DIMERO D ELEVADO PCR POSITIVA.

RX DE TORAX

Se observa engrosamiento del intersticio peribroncovascular parahiliar bilateral de aspecto congestivo.

Se observa componente atelectasico en la proyección del lóbulo medio del pulmón derecho.

Infiltrados intersticiales bibasales a predominio derecho.

Signos de hiperinsuflacion hacia los vértices pulmonares.

Evolución realizada por: YESICA DAYANA PORTILLA PUENAYAN-Fecha: 25/01/22 06:11:41**INTERCONSULTAS**

INTERCONSULTA POR MEDICINA INTERNA

Fecha de Orden: 25/01/2022 **Ordenada****OBSERVACIONES****RESULTADOS :****YESICA DAYANA PORTILLA PUENAYAN**

Reg. 1088595781

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****41****FECHA 25/01/2022 06:20:44****TIPO DE ATENCIÓN****URGENCIAS****NOTAS ENFERMERIA**

ENTREGO PACIENTE EN AREA DE AISLAMIENTO RESPIRATORIO EN CAMILLA CON BARANDAS EN ALTO DESPIERTO CONSCIENTE ORIENTADO EN PERSONA CON DIAGNOSTICO MEDICO ANOTADO EN LA HC PACIENTE DURANTE EL TURNO APARENTEMENTE TRANQUILO COLABORADOR, RECIBE Y TOLERA LA DIETA , SUS MEDICAMENTOS Y TODO LO REALIZADO SIN NIGUNA COMPLICACION, ELIMINA ESPONTANEO, SE ASISTE EN NECESIDADES BASICAS DE ENFERMERIA , NO PRESENTA DOLOR, MOVILIZA SUS CUATRO EXTREMIDADES DEAMBULA CON AYUDA DE TERCEROS, SE CUMPLEN ORDENES MEDICAS, QUEDA CON PLENA IDENTIFICACION EN MANILLA Y TABLERO SE BRINDA EDUCACION SOBRE RIESGO DE FLEBITIS SE LE EXPLICA QUE SI PRESENTA DOLOR, EDEMA Y CALOR LOCAL EN ACCESO VENOSO DEBE INFORMAR AL PERSONAL DE SALUD. ADEMAS DE PORTAR SIEMPRE SU MANILLA DE IDENTIFICACION Y MANTENER BARANDAS DE CAMILLA ARRIBA PARA PREVENIR CAIDAS, SE ATIENDE BAJO TODA LA PROTECCION PERSONAL ESTIPULADA POR LOS ENTES TERRITORIALES FRENTE A LA PANDEMIA DEL COVID (CARETA, MONOGAFAS, TAPABOCAS N 95, BATA DE MANGA LARGA, GUANTES DE NITRILO Y LAVADO DE MANOS EN SUS CINCO MOMENTOS) PACIENTE SIN ACOMAÑANTE, TIENE PENDIENTE: OBSERVACION POR MEDICINA INTERNA.

Nota realizada por: GLORIA AMPARO ACOSTA MOSQUERA Fecha: 25/01/22 06:21:10



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 31 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

GLORIA AMPARO ACOSTA MOSQUERA

Reg. 34318508/343185

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 43 FECHA 25/01/2022 09:42:41 TIPO DE ATENCIÓN URGENCIAS

NOTAS ENFERMERIA

RECIBO PACIENTE DE 68 AÑOS EN SU 1 DÍA DE INTERNACIÓN CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS: -ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA DEBIDO AL NUEVO CORONAVIRUS (2019-NCOV) RECIBO PACIENTE EN SALA DE URGENCIAS RESPIRATORIAS, PACIENTE CONICIENTE ORIENTADO EN TLP, PACIENTE EN CAMILLA CON BARANDAS ELEVADAS, FRENOS PUESTOS, PACIENTE CON MANILLA DE IDENTIFICACION CON SUS RESPECTIVOS DATOS Y SEMAFORIZACION, PACIENTE CON DX ANOTADO EN HC, RECIBIENDO OXIGENO SUPLEMENTARIO, RESERVORIO CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR CONECTADO A SELLO DE SEGURIDAD PERMEABLE SIGNOS DE FLEBITIS PARA EL PASO DE LEV DE MANTENIMIENTO MAS MEDICAMENTOS, PACIENTE AL CUAL SE LE REALIZA EDUCACION SOBRE SU AUTOCUIDADO Y CUIDADO DE SU ACCESO VENOSO, PACIENTE QUIEN MOVILIZA SUS CUATRO EXTREMIDADES, QUEDA EN LA UNIDAD CON UN PENDIENTE VX POR MEDICINA INTERNA

Nota realizada por: CLAUDIA ALEJANDRA NAVIA HIGON Fecha: 25/01/22 09:42:49

CLAUDIA ALEJANDRA NAVIA HIGON

Reg. 1061698405/19-1

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 44 FECHA 25/01/2022 14:00:38 TIPO DE ATENCIÓN URGENCIAS

CLAUDIA ALEJANDRA NAVIA HIGON

Reg. 1061698405/19-1

AUXILIAR DE ENFERMERIA

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 32 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO 45 FECHA 25/01/2022 17:46:08 TIPO DE ATENCIÓN URGENCIAS****EVOLUCIÓN MÉDICO**

EVOLUCION MEDICINA INTERNA

PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS, EN SU DIA 1 DE OBSERVACION URGENCIAS RESPIRATORIO, CON DIAGNOSTICO DE :

NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS

CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022

ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUEIENTE

ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

SUBJETIVO: PACIENTE EN EL MOMENTO REFIERE ENCONTRARSE BIEN, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, EN EL MOMENTO CON DIURESIS Y DEPOSICIONES POSITIVAS, CON ADCAUDA CONCILIACION DEL SUEÑO

OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES CON SOPORTE DE OXIGENO CON MASCA DE RESERVORIO , AFEBRIL, HIDRATADO, SIN OXIGENO; CABEZA NORMOCEFALA, OJOS PUPILAS ISOCORICAS, NORMOREACTIVAS A ALA LUZ, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, CUELLO MOVIL SIN MASAS NI ADENOPATIAS PALPABLES, TORAX SIMETRICO NORMOEXPANDIBLE, SIN ESFUERZO RTESPIRATORIO, RUIDOS CARDIACOS RITMCISO DE BUENA INTENSIDAD, NO SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, NO AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLES, NO IMPRESIONA DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS, EXTREMIDADES NORMALES, CON ADECUADA PERFUSION DISTAL, NEUROLOGICO PACIENTE ALERTABLE.

PARACLINICOS:

(24)BUN: 22.7 BT: 0.51 BD: 0.26 BI: 0.25 TGO: 30.8 TGP: 38.4 FA: 165.0 LDH: 465 NA: 4.52 PCR: 100.32 GLUCOSA: 372.1
CREAT: 0.80 TROPONINA 0.010

CH: 16370 NEUT: 14620 LINF: 990 MON: 640 HB: 14 HCTO: 38.3 PQ: 289000 DIMERO D: 70400

(24) GASES: FIO2: 70% PH 7,50 PCO2: 29,8 HCO3: 25,6 P02: 70,1 S02: 94,9 % PAFI 100 K: 4,1 NA: 137 CA: 1,17 CL: 106 LAC
2,5 GLUCO 340(25) GASES: FIO2: 70% PH 7,48 PCO2: 29 HCO3: 24 P02: 61,2 S02: 92,7% PAFI 87,4 K: 3,9 NA: 139 CA: 1,15 CL: 108 LAC 3,3
GLUCO 269

ANALISIS Y PLAN: PACIENTE QUE EN EL MOMETO SE ENCUENTRA DESPIERTO , CON SPO2 94 %, POR LO QUE SE INCIA OXIGENO POR MASCARA DE RESORVORIO A 15 LT POR MINUTO, CON HIPOXIMIA MODERADA A SEVERA, EN EL MOMENTO ESTABLE PACIENTE CON , QUIEN SE ENCUENTRA EN EL MOMENTO HIPOTENSO, SOMNOLIENTO, HEMODINAMICAMENTE INESTABLE, INICALMENTE TA 120 /80 MMHG; PACIENTE CON ALTO RIESGO DE DESCOMPENSNACION HEMODINAMICA POR DESATURACION, ALTO RIESGO DE DESCOMPENSNACION RESPIRATORIA, SE SOLICITA VALORACION POR CUIDADOS INTERMEDIOS, SE EXPLICA A PACIENTE, Y FAMILIARES SITUACION Y

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsCIXFch

Pag: 33 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

CODNCUTA, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. CONTINUAR CON MANEJO MEDICO ESTABLECIDO SE SOLICITA HB GLICOSILADA SI GLISEMIAS MAYORES A 80 COLOCAR GLULISINA 8 UNIDADES DIA PACEINTE QUEIN A FIRMAMADO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR IOT SE EXPLICA CONDUCTA A SEGUIR REFIERE ENETDER Y ACEPTA

Evolución realizada por: EDGARDO RAMIRO VENGOECHEA FERNANDEZ-Fecha: 25/01/22 17:46:17**INTERCONSULTAS**

INTERCONSULTA PORCUIDADO CRITICO

Fecha de Orden: 25/01/2022 **Ordenada****OBSERVACIONES**

ANALISIS Y PLAN: PACIENTE QUE EN EL MOMETO SE ENCUENTRA DESPIERTO , CON SPO2 94 %, POR LO QUE SE INICIA OXIGENO VENTURY A 15 LT POR MINUTO, CON HIPOXIMIA MODERADA A SEVERA, EN EL MOMENTO ESTABLE PACIENTE CON , QUIEN SE ENCUENTRA EN EL MOMENTO HIPOTENSO, SOMNOLIENTO, HEMODINAMICAMENTE INESTABLE, INICALMENTE TA 120 /80 MMHG; PACIENTE CON ALTO RIESGO DE DESCOMPESNACION HEMODINAMICA POR DESATURACION, ALTO RIESGO DE DESCOMPEMNSACION RESPIRATORIA, SE SOLICITA VALORACION POR CUIDADOS INTERMEDIOS, SE EXPLICA A PACIENTE, Y FAMILIARES SITUACION Y CODNCUTA, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. CONTINUAR CON MANEJO MEDICO ESTABLECIDO SE SOLICITA HB GLICOSILADA SI GLISEMIAS MAYORES A 80 COLOCAR GLULISINA 8 UNIDADES DIA PACEINTE QUEIN A FIRMAMADO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR IOT SE EXPLICA CONDUCTA A SEGUIR REFIERE ENETDER Y ACEPTA

RESULTADOS :**EDGARDO RAMIRO VENGOECHEA FERNANDEZ**

Reg. 52949-2009

MEDICINA INTERNA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 46 **FECHA** 25/01/2022 18:54:24 **TIPO DE ATENCIÓN** **URGENCIAS****NOTAS ENFERMERIA**

ENTREGO PACIENTE EN SALA DE URGENCIAS RESPIRTORIAS, PACIENTE CONICIENTE ORIENTADO EN TLP, PACIENTE EN CAMILLA CON BARANDAS ELEVADAS, FRENOS PUESTOS, PACIENTE CON MANILLA DE IDENTIFICACION CON SUS RESPECTIVOS DATOS Y SEMAFORIZACION, PACIENTE CON DX ANOTADO EN HC NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMINIDAD CURB 65: 2 PUNTOS CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022 ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUEIENANTE ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL, RECIBIENDO OXIGENO SUPLEMENTARIO, CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR CONECTADO A SELLO DE SEGURIDAD PERMEABLE SIGNOS DE FLEBITIS PARA EL PASO DE LEV DE MANTENIMIENTO MAS MEDICAMENTOS, PACIENTE AL CUAL SE LE REALIZA EDUCACION SOBRE SU AUTOCUIDADO Y CUIDADO DE SU ACCESO VENOSO, PACIENTE QUIEN MOVILIZA SUS CUATRO EXTREMIDADES, QUEDA EN LA UNIDAD CON UN PENDIENTE DE OBSERVACION, QUEDA CON GLUCOMETRIA DE 140 MG/DL

Nota realizada por: CLAUDIA ALEJANDRA NAVIA HIGON Fecha: 25/01/22 18:54:26



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 34 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

CLAUDIA ALEJANDRA NAVIA HIGON

Reg. 1061698405/19-1

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 48 FECHA 25/01/2022 20:25:38 TIPO DE ATENCIÓN URGENCIAS

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR CUIDADO CRITICO

Fecha de Orden: 25/01/2022 Cancelada

MOTIVO CANCELACIÓN: Administrativo

OBSERVACIONES

EL MOTIVO DE LA CANCELACIÓN FUE DE TIPO ADMINISTRATIVO

USUARIO QUE CANCELA: SERGIO ANDRES FORTOUL CAJAS - RM:80039937/19144806 - MEDICINA INTERNA

FECHA CANCELACION: 25/01/2022 22:00

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 50 FECHA 25/01/2022 21:57:08 TIPO DE ATENCIÓN URGENCIAS

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR CUIDADO CRITICO

Fecha de Orden: 25/01/2022 Atendido

OBSERVACIONES

PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS, EN SU DIA 1 DE OBSERVACION URGENCIAS RESPIRATORIO, CON DIAGNOSTICO DE :

CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022

DISFUNCION PULMONAR SEVERA PAFI 84.7

NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS

ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUEIENTE

ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

PACIENTE EN EL MOMENTO CON SOPORTE DE OXIGENO POR MASCARA CON RESERVORIO A 15 LITROS SATURANDO 92%, EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA PERO CON ALTO RIESGO DE DESCOMPENSACION CON GASES ARTERIALES QUE MUESTRAN DISFUNCION PULMONAR SEVERA CON PAFI EN 84.7, EN EL MOMENTO CON GASES ARTERIALES DE CONTROL CON PAFI DE 96.6, SIN PRESENCIA DE TRABAJO VENTILATORIO POR LO CUAL SE SOLICITA VALORACION POR UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA MANEJO CON TERAPIA NO

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 35 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953**Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

INVASIVA POR CANULA NASAL DE ALTO FLUJO. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR SITUACION Y CONDUCTA, REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAN.

PLAN:

VALORACION CUIDADOS INTENSIVOS

MANEJO CON TERAPIA NO INVASIVA POR CANULA DE ALTO FLUJO

RESULTADOS :

NOTA UCI: PACIENTE CON NEUMONIA VIRALPOR SARS COV 2 QUE REQUIERE MANEJOEN UCI, SE ASIGNA CAMA. FECHA Y HORA DE APLICACION:25/01/2022 23:59:32 REALIZADO POR : ARBEY RUANO GAVIRIA

ARBES RUANO GAVIRIA

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRITICO**FIRMA MEDICO QUE REALIZA****SERGIO ANDRES FORTOUL CAJAS**

Reg. 80039937/191448

MEDICINA INTERNA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****51****FECHA 25/01/2022 22:42:14****TIPO DE ATENCIÓN****URGENCIAS****NOTAS ENFERMERIA**

RECIBO PACIENTE EN SALA RESPIRATORIA DE URGENCIAS ADULTOS, PACIENTE DE 68 AÑOS D EDAD, EN CAMILLA EN POSICION PRONO, CON BARANDAS ELEVADAS Y FRENOS DE SEGURIDAD, CONSCIENTE, ORIENTAD EN T,L,P, CON SU MANILLA DE IDENTIFICACION, CON DIAGNOSTICO MEDICO: CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022 DISFUNCION PULMONAR SEVERA PAFI 84.7 NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUEIENTE ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL, CON ACCESO VENOSO PERIFERICO EN PLIEGUE DE MSD+ADAPTADOR DE SEGURIDAD, PARA MEDICAMENTOS, LA VENA SE ENCUENTRA PERMEABLE Y SIN SIGNOS DE FLEBITIS, SE BRINDA INFORMACION SI PRESENTA: EDEMA, ENROJECIMIENTO DE VENOPUNCION, SE OBSERVA CON PIEL INTEGRAL, RECIBE OXIGENO POR MASCARA DE RESERVORIO, SE ENCUENTRA EN COMPAÑIA DE SU FAMILIAR, TIENE PENDIENTE: VALORACION POR CUIDADO CRITICO, HOSPITALIZAR POR MEDICINA INTERNA.

Nota realizada por: DANIELA ALEJANDRA GALINDEZ GOMEZ Fecha: 25/01/22 22:42:48

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 36 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**DANIELA ALEJANDRA GALINDEZ GOMEZ**

Reg. 1061773933/19-0

AUXILIAR DE ENFERMERIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****53****FECHA 25/01/2022 23:17:09****TIPO DE ATENCIÓN****URGENCIAS****FORMULA MÉDICA**

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 TABLETA	OMEPRAZOL TAB RECUBIERTA O CAPSULA 20 MG . 20 Mg	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
18,00	6,00 VIAL	INSULINA GLULISINA PEN PRELLENADO EQ. A 300 UI SOL INYEC 100 UI/ML/3 ML (APIDR A SOLOSTAR) 100 UI	SUBCUTANEA	8 Horas	CONTINUAR
solso si glcmetrias superiro a 180					
1,00	1,00 FRASCO	INSULINA ZINC HUMANA (R) VIAL SOLUCION I NYECTABLE 100 UI/ML/10 ML. 100 UI	SUBCUTANEA	Ahora	CONTINUAR
APLICAR 25 UI SC					
1,00	1,00 AMPOLLAS	HEPARINA DE BAJO PESO (ENOXAPARINA) SOL INY 60 MG/0.6 ML 60 MG/0.6 ML	SUBCUTANEA	24 Horas	CONTINUAR
30,00	2,00 TABLETA	ACETAMINOFEN TABLETA Ó CÁPSULA X 500 MG 500 MG	ORAL	8 Horas	CONTINUAR

MARIAN ALEJANDRA BURGOS NARVAEZ

Reg. PTE

MEDICINA GENERAL



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 37 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 56 FECHA 26/01/2022 00:52:18 TIPO DE ATENCIÓN URGENCIAS

DANIELA ALEJANDRA GALINDEZ GOMEZ

Reg. 1061773933/19-0

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 60 FECHA 26/01/2022 01:56:11 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

PACIENTE A QUIEN ES TRASLADADO A SALA DE UCI RESPIRATORIO, CAMA 28, EN CAMILLA, EN POSICION SEMIFOWLER, CON BARANDAS ELEVADAS Y FRENOS DE SEGURIDAD, CON ACCESO VENOSO PERIFERICO PERMEABLE, MONITORIZADO, RECIBE OXIGENO, ESTABLE POR EL MOMENTO.

Nota realizada por: DANIELA ALEJANDRA GALINDEZ GOMEZ Fecha: 26/01/22 01:56:15

DANIELA ALEJANDRA GALINDEZ GOMEZ

Reg. 1061773933/19-0

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 61 FECHA 26/01/2022 02:10:53 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

INGRESA A UCI

ATENDIDO DESDE SU INGRESO UCI

SS PARA CLINICOS Y FORMULACION

Evolución realizada por: ARBEY RUANO GAVIRIA-Fecha: 26/01/22 02:11:03

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

- . MONITORIZACIÓN CONTINUA DEUCI
- . AISLAMIENTO DE CONTACTO Y POR GOTAS
- . ELEMENTOS DE PROTECCIÓN BIOLÓGICA SEGÚN ORDENES INSTITUCIONALES PARA EL PERSONAL Y EL PACIENTE.
- . CABECERA ELEVADA A 30°
- . CAMA CON BARANDAS EN ALTO
- . OXÍGENO POR MÁSCARA DE RESERVORIO
- . LÍNEA ARTERIAL
- CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMÍA
- . TERAPIA RESPIRATORIA POR TURNO
- . TERAPIA FÍSICA INTEGRAL
- . CUIDADOS DE PIEL Y MEDIDAS PREVENTIVAS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN
- . CLASIFICAR RIESGO DE CAÍDAS, APLICAR MEDIDAS PREVENTIVAS Y MANTENER BARANDAS ELEVADAS PERMANENTEMENTE.
- . VIGILANCIA DE ACCESOS VASCULARES, AVISAR SI HAY SANGRADO, FLEBITIS, INFLAMACIÓN LOCAL, CIANOSIS DISTAL DE MIEMBRO CANALIZADO.
- . VIGILAR PATRÓN RESPIRATORIO Y REALIZAR GASES ARTERIALES DEL EVENTO.
- . VIGILANCIA DE TRAZADO ELECTROCARDIOGRÁFICO, AVISAR ALTERACIONES DEL RITMO Y TOMAR ECG EN EL EVENTO.
- . VIGILANCIA NEUROLÓGICA, REGISTRO DEL GLASGOW Y RASS
- . CAMBIOS DE POSICIÓN Y LIBERACIÓN DE PRESIÓN CADA 2 HORAS
- . HIGIENE CORPORAL DIARIA Y ORAL 3 VECES AL DÍA.
- . CONTROL DE LA Y LE
- . CUANTIFICAR DIURESIS
- . CUIDADOS DE SONDAS Y DRENES
- . CONTROL DE SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS
- . MANEJO MULTIDISCIPLINARIO
- . SS GASESA RT HEMOGRAMA CR BUN PCR TP TPT
- . GLUCOMETRIAS CADA 6 H
- . LEV HARTMAN 50CCH
- . AMPICILINA SULBACTAM EV
- . AZITROMICINA ORAL
- . ALBENDAZOL ORAL Y LUEGO INICIAR DEXAMETASONA EV POR 10 DÍAS
- . NEFROPROTECCIÓN CON CISTEÍNA PARA ANGIOTAC DE TORAX
- . SS ANGIOTAC DE TORAX
- . ANTICOAGULACIÓN FORMAL CON ENOXAPARINA
- . VIGILAR PATRÓN VENTILATORIO
- . SEGÚN EVOLUCIÓN SE DEFINIRÁ INTUBACIÓN OROTRAQUEAL
- . SS HEMOCULTIVOS 2 BACTERIAS 1 HONGO
- . SS UROCULTIVO
- . SS CULTIVOS DE SECRECIÓN BRONQUIAL
- PRONÓSTICO RESERVADO
- VER FORMULACIÓN

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 39 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO****Cantidad****Descripción****6** GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]**Pendiente****FORMULA MÉDICA**

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 TABLETA	OMEPRAZOL TAB RECUBIERTA O CAPSULA 20 MG . 20 Mg	ORAL	24 Horas	SUSPENDIDO
1,00	1,00 AMPOLLAS	OMEPRAZOL INFUSION IV POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUIR A SOL. INY. 40 MG 40 MG	INTRAVENOSO	24 Horas	NUEVO
2,00	1,00 AMPOLLAS	HEPARINA DE BAJO PESO (ENOXAPARINA) SOL INY 60 MG/0.6 ML 60 MG/0.6 ML	SUBCUTANEA	12 Horas	MODIFICADO
24,00	1,00 BOLSA	LACTATO DE HARTMAN SOL INY /500 ML 500 ML	INTRAVENOSO	1 Hora	NUEVO
50CC H					
1,00	1,00 AMPOLLAS	DEXAMETASONA SODIO FOSFATO SOL INY 8 M G/2 ML 8 MG	INTRAVENOSO	24 Horas	NUEVO
6 MG EV DIA POR 10 DIAS PREVIA DESPARASITACION					
8,00	2,00 AMPOLLAS	AMPICILINA/SULBACTAM POL PARA RECONST A SOL. INY. 1.5 G. 1.5 G	INTRAVENOSO	6 Horas	NUEVO
1,00	1,00 SOBRE	AZITROMICINA TABLETA O TABLETA RECUBIERT A 500 MG 500 MG	ORAL	24 Horas	NUEVO
1,00	1,00 TABLETA	ALBENDAZOL TABLETA 200 MG 200 MG	ORAL	Dosis Unica	NUEVO
6,00	2,00 AMPOLLAS	ACETILCISTEINA SOL INY 300MG/ML/3ML 300 MG/3ML	INTRAVENOSO	8 Horas	NUEVO

NEFROPROTECCION PARA EL ANGIOTAC

ORDENES DE LABORATORIO**Cantidad****Descripción****5** ANTIBIOGRAMA (MIC) METODO AUTOMATICO**En proceso****3** COLORACION PARA ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NIELSEN] Y LECTURA O BACILOSCOPIA ***En proceso**

BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE :Negativo Muestra:

Secrecion

Bronquial

No se observan

Bacilos Ácido Alcool Resistentes.

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 40 de 293

Fecha: 24/03/22

G.eta: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

Número de muestra: 1 -

FECHA Y HORA DE APLICACION:28/01/2022 13:15:32REALIZADO POR : JORGE ARMANDO GARAY BARBOZA

1 COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA**Realizado**

ORINA Y SB

COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA :NEGATIVO Orina sin centrifugar: No se

observan microorganismos en la muestra examinada. Leucocitos:No se observan -

FECHA Y HORA DE APLICACION:26/01/2022 12:33:38REALIZADO POR : LUIS FERNANDO MARTINEZ GUTIERREZ

1 CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HEC Realizado

SB

CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA :NEGATIVO SECRECION BRONQUIAL

Resultado Informe Preliminar: 31/01/2022 Negativo a las 24 horas de incubación.

Resultado Informe Preliminar: 01/02/2022 Negativo a las 48 horas de incubación.

Resultado Informe Preliminar: 02/02/2022 Negativo a las 72 horas de incubación.

FECHA Y HORA DE APLICACION:31/01/2022 11:02:14REALIZADO POR : LUIS FERNANDO MARTINEZ GUTIERREZ

3 HEMOCULTIVO CON RESINA**En proceso**

2 BACTERIAS 1 HONGO

HEMOCULTIVO CON RESINA CADA MUESTRA :NEGATIVO Número de muestra:

Hemocultivo N.1

Sitio anatómico de la muestra: línea arterial derecha

Resultado Informe Preliminar:27/01/2021 Negativo a las 24 horas de incubación.

Resultado Informe Preliminar:28/01/2021 Negativo a las 48 horas de incubación.

Resultado Informe Preliminar:29/01/2021 Negativo a las 72 horas de incubación.

Resultado Informe Final: 31/01/2022 Negativo a los 5 días de incubación. -

FECHA Y HORA DE APLICACION:27/01/2022 11:43:51REALIZADO POR : JORGE ARMANDO GARAY BARBOZA

1 UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA MIC AUTOMATICO] INCLUYE EL RECuento DE COLONIAS**Realizado**

UROCULTIVO ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMAT :NEGATIVO Resultado final 27/01/2022

Negativo a las 24 Horas de Incubación. -

FECHA Y HORA DE APLICACION:27/01/2022 09:00:36REALIZADO POR : JAIME HERNANDO CAMACHO SUESCUN

1 TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)**Realizado**

TIEMPO DE PROTROMBINA TP :12.20

PT: MEDIA POBLACIONAL: 10.6 SEGUNDOS

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

seg -

INR :1.16 -

FECHA Y HORA DE APLICACION:26/01/2022 06:24:52TECNICA EMPLEADA : METODO: COAGULOMETRIA REALIZADO POR :
DINA LUZ OROZCO OROZCO**1 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT)****Realizado**

TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP :25.60 PTT MEDIA CONTROL DIARIO:27.1 SEGUNDOS seg -

FECHA Y HORA DE APLICACION:26/01/2022 06:24:52TECNICA EMPLEADA : METODO: COAGULOMETRIA REALIZADO POR :
DINA LUZ OROZCO OROZCO**1 HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L Realizado**RECUENTO DE LEUCOCITOS :17.03 x10³/ 5 - 10

NEUTROFILOS % :93.40 % 40.3 - 74.8

LINFOCITOS % :3.90 % 12.2 - 47.1

MONOCITOS % :1.90 % 4.4 - 12.3

EOSINOFILOS % :0.10 % 0.01 - 4.4

BASOFILOS % :0.10 % 0.01 - 0.7

NEUTROFILOS Abs :15.91 x10³/ 1.82 - 7.42LINFOCITOS Abs :0.66 x10³/ 1.5 - 4MONOCITOS Abs :0.33 x10³/ 0.03 - 0.77EOSINOFILOS Abs :0.01 x10³/ 0.03 - 0.44BASOFILOS Abs :0.01 x10³/ 0.01 - 0.05RECUENTO DE ERITROCITOS :4.81 x10⁶/ 4.6 - 6.2

HEMATOCRITO :37.0 % 40 - 54

HEMOGLOBINA :13.70 g/dl 13.5 - 18

MCV :76.9 fl 86 - 96

MCH :28.5 pg 25 - 31

MCHC :37.0 g/dl 32 - 38

RDW :12.90 % 11 - 15

RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO :251 x10³/ 150 - 450

MPV :10.7

fl 6.4 - 13

RECUENTO DIFERENCIAL MANUAL :- -

FECHA Y HORA DE APLICACION:26/01/2022 05:52:58TECNICA EMPLEADA : METODO: LASER SEMICONDUCTOR REALIZADO
POR : DINA LUZ OROZCO OROZCO**1 FERRITINA****Realizado**

FERRITINA :1761.00 ng/ml 30 - 400

FECHA Y HORA DE APLICACION:26/01/2022 08:56:44TECNICA EMPLEADA : METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

REALIZADO POR : LUIS FERNANDO MARTINEZ GUTIERREZ

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 42 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**1 TROPONINA T CUANTITATIVA****Realizado**

TROPONINA T CUANTITATIVA :0.006 ng/ml 0 - 0.013

FECHA Y HORA DE APLICACION:26/01/2022 06:34:30TECNICA EMPLEADA : METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

REALIZADO POR : DIEGO ALEJANDRO GONZALEZ GARCIA

1 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)**Pendiente****1 NITROGENO UREICO (BUN)****Realizado**

NITROGENO UREICO :19.9 mg/dl 8 - 23

FECHA Y HORA DE APLICACION:26/01/2022 06:34:30TECNICA EMPLEADA : METODO: UV CINETICO REALIZADO POR :

DIEGO ALEJANDRO GONZALEZ GARCIA

1 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS**Realizado**

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS :0.60 mg/dl 0.67 - 1.17

FECHA Y HORA DE APLICACION:26/01/2022 06:34:30TECNICA EMPLEADA : METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.

REALIZADO POR : DIEGO ALEJANDRO GONZALEZ GARCIA

1 PROTEINA C REACTIVA PRUEBA SEMICUANTITATIVA**Realizado**

PROTEINA C REACTIVA SEMIAUTOMATIZADO :365.00 mg/L 0.6 - 5

FECHA Y HORA DE APLICACION:26/01/2022 06:34:30TECNICA EMPLEADA : METODO: INMUNOTURBIDIMETRIA REALIZADO

POR : DIEGO ALEJANDRO GONZALEZ GARCIA

ARBEY RUANO GAVIRIA

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****63****FECHA 26/01/2022 02:28:48****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

SE SOLICITAN INSUMOS DE INGRESO A UCI

Nota realizada por: MARIA EUGENIA MENESES MENESES Fecha: 26/01/22 02:28:50

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 43 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**MARIA EUGENIA MENESES MENESES**

Reg. 1058967339/1058

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 64 **FECHA** 26/01/2022 03:21:25 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

SE SOLICITNA INSUMOS PARA 24 HRS

Nota realizada por: MARIA EUGENIA MENESES MENESES Fecha: 26/01/22 03:23:57**MARIA EUGENIA MENESES MENESES**

Reg. 1058967339/1058

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 65 **FECHA** 26/01/2022 03:34:12 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

INGRESA PACIENTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS CON PERSONAL INTERDISCIPLINARIO PARA MANEJO COMO UCI HEMODINAMICAMENTE SISTOLICAS LEVEMENTE ELEVADAS NORMOGLICEMICA AFEBRIL, CON OXIGENO ATRAVEZ DE MASCARA DE RESERVA SATURANDO ADECUADAMENTE. INGRESA COPN UN ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PARA PASO DE MEDICAMENTOS, SE CANULA LINEA ARTERIAL RADIAL DERECHA UNICA PUNCION QUEDA PERMEABLE NORMOFUNCIONAL SE CANULA ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUEPRIO IZQUIERDO PARA PASO DE MEDICAMENTOS, A LA VALORACION DE PIEL SE ENCUENTRA INTEGRAL, PACIETNE CON PULSERA DE IDENTIFICACION CON SUS ESTIQUER DE REISGO, SE DA PROTOCOLO DE BIENVENIDA , POR ORDEN MEDICA JSE TOMAN DOS HEMOCULTIVOS DOD DE BACTERIAS UNO DE LINEA ARTERIAL Y OTRO PUCNION EN MIEMBROS SUPERIO IZQUIERDO, Y UNO PARA HONGOS DE LINEA ARTERIAL CON TECNICA ASEPTICA, PENDIENTE TOMA DE URUCULTIVO, SE BRINDA MEDIDAS Y CONFORT, PENDIENTE EVOLUCION CLINICA

Nota realizada por: ANA MILENA DUARTE DIAZ Fecha: 26/01/22 03:34:24**ANA MILENA DUARTE DIAZ**

Reg. 25278313/252783

ENFERMERIA



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 44 de 293

Fecha: 24/03/22

G.eta: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 66 FECHA 26/01/2022 03:47:44 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS , EN DELICADO ESTADO DE SALUD, EN CAMA CON BARANDAS ELEVADAS Y POSICION EN ANGULO DE 30 GRADOS , CON MONITORIZACION CONTINUA DE EKG, MONITORIZACION INVASIVA CON LINEA ARTERIAL PERMEABLE, CON VALORACION DE GLASGOW 15/15, CON SOPORTE DE OXIGENO POR MASCARA CON BOLSA DE RESERVORIO , CON ACCESOS VENOSOS PERIFERICOS PARA TRATAMIENTO MEDICO Y GOTEIO DE HARMANT, PTE AFEBRIL, TAQUIPNEICO ,HIPERTENSO, REALIZA HIGIENE ORAL CON CREMA DENTAL, SE BRINDAN MEDIDAS DE CONFORT, CAMBIOS DE POSICION, HIDRATACION DE LA PIEL, PIEL Y GENITALES INTEGROS, CON ALTO RIESGO DE LESIONES DE PIEL, EIMINA EXPONTANEO EN MODERADA CANTIDAD , NO HACE DEPOSICION, SE TOMAN GASES ARTERIALES PARACLINICOS Y GLUCOMETRIAS SEGÚN ORDEN MEDICA, QUEDA EN CAMA CON BARANDAS ELEVADAS, CON PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN , TABLERO Y MANILLA MAS STIKERS DE COLORES SEGÚN RIESGOS.

Nota realizada por: ZULLY JOHANA ORDOÑEZ IDROBO Fecha: 26/01/22 03:47:51

ZULLY JOHANA ORDOÑEZ IDROBO

Reg. 25292049/2821

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 67 FECHA 26/01/2022 04:53:52 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Cantidad	Descripción
1	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE TORAX

angiotac de torax

FECHA Y HORA DE APLICACION:26/01/2022 05:26:50 REALIZADO POR: ANDRES EDUARDO GALINDEZ GOMEZ

PROCEDIMIENTO NO APLICADO. , POR: ANDRES EDUARDO GALINDEZ GOMEZ

1 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA EN RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL

Realizado

ANGIOTAC DE TORAX:

Datos clínicos: Disnea. Síndromes respiratorios leves.

Con protocolo de angiotac de tórax para TEP, se realiza estudio en cortes axiales secuenciales desde el opérculo

torácico hasta las cúpulas diafragmáticas con previa aplicación de medio de contraste yodado,

hidrosoluble, no iónico

IV apreciando:

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 45 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

Folio 69

Hallazgos

Múltiples opacidades con patrón en empedrado a nivel periférico en ambos parénquimas pulmonares, que se asocian

con consolidaciones a nivel bibasal posterior y en el aspecto posterior del lóbulo superior derecho.

Derrame pleural derecho de aspecto libre con distancia interpleural de 22 mm.

Cardiomegalia leve.

El tronco principal de la arteria pulmonar tiene un diámetro de 25 mm, presentando realce satisfactorio y homogéneo

en sus ramas principales, lobares y segmentarias.

Ateromatosis aórtica.

Cambios espondilósicos dorsales.

OPINIÓN:

- COMPROMISO PARENQUIMATOSO PULMONAR MULTILOBAR CON PATRÓN EN EMPEDRADO, COMPATIBLE CON NEUMONÍA VIRAL – COVID, COMO PRIMERA POSIBILIDAD.

- DERRAME PLEURAL BASAL DERECHO LIBRE LEVE.

- CARDIOANGIOESCLEROSIS.

- ESTUDIO NEGATIVO PARA TROMBOEMBOLISMO PULMONAR.

Cordialmente,

DR. MIGUEL ÁNGEL PEDRAZA SANABRIA

MD. RADÍÓLOGO

RM. 80083069

TR-CARMENCUERVO

FECHA Y HORA DE APLICACION:26/01/2022 12:00:32 REALIZADO POR: JUAN CARLOS NARVAEZ SIERRA

ARBEY RUANO GAVIRIA**Reg. 76325889/194409****CUIDADO CRITICO****SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 69 **FECHA** 26/01/2022 05:10:17 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS****Cantidad****Descripción**

2

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE TORAX

7J.0 *HOSVITAL*

Realizado**Usuario:** 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

con protocolo para TEP

DESCARTAR TEP

ANGIOTAC DE TORAX:

Datos clínicos: Disnea. Síndromes respiratorios leves.

Con protocolo de angiotac de tórax para TEP, se realiza estudio en cortes axiales secuenciales desde el opérculo

torácico hasta las cúpulas diafragmáticas con previa aplicación de medio de contraste yodado,

hidrosoluble, no iónico

IV apreciando:

Folio 69

Hallazgos

Múltiples opacidades con patrón en empedrado a nivel periférico en ambos parénquimas pulmonares, que se asocian

con consolidaciones a nivel bibasal posterior y en el aspecto posterior del lóbulo superior derecho.

Derrame pleural derecho de aspecto libre con distancia interpleural de 22 mm.

Cardiomegalia leve.

El tronco principal de la arteria pulmonar tiene un diámetro de 25 mm, presentando realce satisfactorio y homogéneo

en sus ramas principales, lobares y segmentarias.

Ateromatosis aórtica.

Cambios espondilósicos dorsales.

OPINIÓN:

• COMPROMISO PARENQUIMATOSO PULMONAR MULTILobar CON PATRÓN EN EMPEDRADO, COMPATIBLE CON NEUMONÍA VIRAL – COVID, COMO PRIMERA POSIBILIDAD.

• DERRAME PLEURAL BASAL DERECHO LIBRE LEVE.

• CARDIOANGIOESCLEROSIS.

• ESTUDIO NEGATIVO PARA TROMBOEMBOLISMO PULMONAR.

Cordialmente,

DR. MIGUEL ÁNGEL PEDRAZA SANABRIA

MD. RADÍÓLOGO

RM. 80083069

TR-CARMENCUERVO

FECHA Y HORA DE APLICACION:26/01/2022 12:00:15 REALIZADO POR: JUAN CARLOS NARVAEZ SIERRA

ANGIOTAC DE TORAX:

Datos clínicos: Disnea. Síndromes respiratorios leves.

Con protocolo de angiotac de tórax para TEP, se realiza estudio en cortes axiales secuenciales desde el opérculo

torácico hasta las cúpulas diafragmáticas con previa aplicación de medio de contraste yodado,

hidrosoluble, no iónico

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 47 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

IV apreciando:

Folio 69

Hallazgos

Múltiples opacidades con patrón en empedrado a nivel periférico en ambos parénquimas pulmonares, que se asocian

con consolidaciones a nivel bibasal posterior y en el aspecto posterior del lóbulo superior derecho.

Derrame pleural derecho de aspecto libre con distancia interpleural de 22 mm.

Cardiomegalia leve.

El tronco principal de la arteria pulmonar tiene un diámetro de 25 mm, presentando realce satisfactorio

y homogéneo

en sus ramas principales, lobares y segmentarias.

Ateromatosis aórtica.

Cambios espondilósicos dorsales.

OPINIÓN:

- COMPROMISO PARENQUIMATOSO PULMONAR MULTILobar CON PATRÓN EN EMPEDRADO, COMPATIBLE CON NEUMONÍA VIRAL – COVID, COMO PRIMERA POSIBILIDAD.

- DERRAME PLEURAL BASAL DERECHO LIBRE LEVE.

- CARDIOANGIOESCLEROSIS.

- ESTUDIO NEGATIVO PARA TROMBOEMBOLISMO PULMONAR.

Cordialmente,

DR. MIGUEL ÁNGEL PEDRAZA SANABRIA

MD. RADÍÓLOGO

RM. 80083069

TR-CARMENCUERVO

FECHA Y HORA DE APLICACION:26/01/2022 12:00:23 REALIZADO POR: JUAN CARLOS NARVAEZ SIERRA

ARBHEY RUANO GAVIRIA**Reg. 76325889/194409****CUIDADO CRITICO****SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 71 **FECHA** 26/01/2022 05:28:49 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

INGRESA PACIENTE AL ÁREA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS A TOMOGRAFIA . ATENDIDO CON ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD EPP SEGUN

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 48 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

NORMAS ESTABLECIDAS POR LA INSTITUCION Y SE HACE LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS. PACIENTE EN CAMILLA ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA PARA TOMA DE ANGIOTAC DE TORAX SIMPLE Y CONTRASTADO MAS R3D, SE CONFIRMA AYUNO COMPLETO DE SEIS HORAS Y CREATININA DE 0.8MGDL, SE EXPLICA EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR AL PACIENTE LAS POSIBLES REACCIONES RIESGOS, ALERGIAS Y BENEFICIOS. PACIENTE REFIERE ENTENDER LO EXPLICADO, POSTERIORMENTE SE FIRMA CONSENTIMIENTO, SE PERMEABILIZA VENA CON 10 CC DE SSN AL 0.9 %, SE UBICA PACIENTE EN EL TOMOGRAFO, SE CONECTA EXTENSION R48 Y SE ADMINISTRA MEDIO DE CONTRASTE I.V. IOPROMIDA 100CC, SE TERMINA EL PROCEDIMIENTO SE PERMEABILIZA NUEVAMENTE VENA CON 30 CC DE SSN AL 0.9% VENA PERMEABLE SIN SIGNOS DE EXTRAVASACION DE MEDIO DE CONTRASTE NI FLEBITIS, PACIENTE TOLERA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. PACIENTE SALE DEL SERVICIO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS ESTABLE EN COMPAÑIA DE AUXILIAR ASISTENCIAL DEL AREA DE UCI ADULTOS.

Nota realizada por: LINA TATIANA RIVERA GARCIA Fecha: 26/01/22 05:28:51**LINA TATIANA RIVERA GARCIA****Reg. 19-12407****AUXILIAR DE ENFERMERIA****SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO 75 FECHA 26/01/2022 07:03:50 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

INGRESO UCI NOTA RETROSPECTIVA

FECHA INGRESO URGENCIA 24 ENERO DE 2022

FECHA INGRESO UCI 26 ENERO DE 2022

ANTECEDENTES

CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022

ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUEIENTE

ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

MOTIVO DE CONSULTA

"Tiene covid, desde ayer no puede respirar bien"

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente Masculino de 68 años de edad que ingresa refiriendo cuadro clínico de más o menos 5 días de evolución, consistente en síntomas respiratorios leves, por lo que el 22/01/2022 decide tomar prueba infección por SARS COV 2, positiva, que se ha encontrado aislada en casa, sin otra sintomatología asociada, pero refiere desde anoche inicia con

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 49 de 293

Fecha: 24/03/22

G.eta: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

fatiga, sensación de ahogo y dificultad para respirar, por lo que decide consultar el día de hoy por urgencias, ingresa con signos de dificultad respiratoria, y desaturado, niega otras alteraciones.

PARACLINICOS:

(24) BUN: 22.7 BT: 0.51 BD: 0.26 BI: 0.25 TGO: 30.8 TGP: 38.4 FA: 165.0 LDH: 465 NA: 4.52 PCR: 100.32 GLUCOSA: 372.1

CREAT: 0.80 TROPONINA 0.010

CH: 16370 NEUT: 14620 LINF: 990 MON: 640 HB: 14 HCTO: 38.3 PQ: 289000 DIMERO D: 70400

(24) GASES: FIO2: 70% PH 7,50 PCO2: 29,8 HCO3: 25,6 P02: 70,1 S02: 94,9 % PAFI 100 K: 4,1 NA: 137 CA: 1,17 CL: 106 LAC 2,5 GLUCO 340

(25) GASES: FIO2: 70% PH 7,48 PCO2: 29 HCO3: 24 P02: 61,2 S02: 92,7% PAFI 87,4 K: 3,9 NA: 139 CA: 1,15 CL: 108 LAC 3,3 GLUCO 269

GASES ART DE INGRESO UCI DISFUNCION PULMONAR SEVERA PAFI 90

PARAMETROS COVID 19

AG EXTRINSITUCIONAL 22 NERO DE 2022 AG +

TROPONINA 0.010-0.006

DIMERO D 70400

FERRITINA PENDIENTE REPORTE

PANEL VIRAL NEGATIVO

VASOACTIVOS NINGUNO**ANTIBIOTICO EV**

AMPICILINA SULBACTAM

AZITROMICINA

DEXAMETASONA FI 26 ENERO DE 2022 decide

CULTIVOS 26 ENERO DE 2022 decide HEMOCULTIVOS CULTIVO DE SB UROCULTIVO

BACILOSCOPIA

EVENTOS

INGRESA A UCI ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, ALERTA

CON DISFUNCION PULMONAR SEVERA PAFI 62 CONTROL DE 90 EN ASCENSO

NO HAY AUMENTO DEL TRABAJO VENTILATORIO

TOLERA BIEN LA PRONACION

EXAMEN FISICO

TA 147-78MMHG TAM 97 FC 94XM FR 19XM T 35,8GC GLUCOMETRIA 187 SATO 94% MASCARA DE RESERVA EN PRONO VIGIL

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES CON SOPORTE DE OXIGENO CON MASCARA DE RESERVORIO, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN

OXIGENO; CABEZA NORMOCEFALA, OJOS PUPILAS ISOCORICAS, NORMOREACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTERICAS,

CONJUNTIVAS ROSADAS, CUELLO MOVIL SIN MASAS NI ADENOPATIAS PALPABLES, TORAX SIMETRICO NORMOEXPANDIBLE, SIN ESFUERZO

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 50 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953**Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

RESPIRATORIO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE BUENA INTENSIDAD, NO SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, NO AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLES, NO IMPRESIONA DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS, EXTREMIDADES NORMALES, CON ADECUADA PERFUSION DISTAL, DIURESIS A CUANTIFICAR NEUROLOGICO PACIENTE ALERTABLE.

ANALISIS PACIENTE INGRESA EN EL CONTEXTO DE NEUMONIA VIRAL POR SARS COV 2 POR AG DEL 22 ENERO DE 2022 CON PANEL VIRAL NEGATIVO , EN MANEJO ANTIBIOTICO Y ESTEROIDEO PREVIA DESPARASITADA . CURSA CON FALLA RESPIRATORIA CON DISFUNCION PULMONAR SEVERA PAFI DE CONTROL 90 PREVIA 62 EN EL MOMENTO SIN AUMENTO DEL TRABAJO VENTILATORIO. DEBE MANTENER MONITORIA UCI POR ALTO RIESGO DE DESCOMPENSACION HEMODINAMICO Y ALTO RIESGO DE REQUERIR INTUBACION. SE MANTIENE PRONO VIGIL CONTROL GASIMETRICO EN LA MNAÑANA . PENDIENTE REPORTE DE EXAMENES DE INGRESO UCI Y TOMA DE ANGIOTAC DE TORAX EN PACIENTE CON DIMERO D 70400 A DESCARTAR TEP (SE DEJA ANTICOAGULACION FORMAL CON ENOXAPARINA), SE POLICULTIVA . ATENTOS

PRONOSTICO RESERVADO

I DXCA

IRA TIPO I

A DESCARTAR TEP

NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS

CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022

ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUEIENTE

ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

JUSTIFICACION UCI

IRA CON ALTO RIESGO DE INTUBACION OROTRAQUEAL

Evolución realizada por: ARBEY RUANO GAVIRIA-Fecha: 26/01/22 07:03:57**ARBEY RUANO GAVIRIA**

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****76****FECHA 26/01/2022 07:36:58****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

ABRE FOLIO PARA CHEQUEAR HISTORIA CLÍNICA Y VERIFICACIÓN DE PRESCRIPCIÓN MEDICA JEFE ANA CRISTINA

Nota realizada por: ANA CRISTINA IDROBO OSPINA Fecha: 26/01/22 07:37:00



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 51 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etareo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

ANA CRISTINA IDROBO OSPINA

Reg. 34607318/32797

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 79 FECHA 26/01/2022 07:58:13 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

FORMATOS

LISTA DE VERIFICACION PARA PROCEDIMIENTO PIEL SANA

Seleccione y actualice el plan de cuidado en su turno

TURNO

. [X]Mañana [X]Tarde [-]Noche

Riesgo de UPP según escala de Braden [-]SIN RIEGO [X]RIEGO BAJO [-]RIESGO MODERADO [-]RIESGO ALTO

Hidrata piel del paciente SI

Evita colonia o alcohol, sobre la piel SI

Uso de aceite de vaselina en prominencias óseas NO APLICA

Cambios de posición según protocolo NO APLICA

Elimina humedad excesiva NO APLICA

Evita baño en cama encharcado SI

Evita masajes en prominencias óseas y zonas de presión SI

Protección especial para zonas de riesgo (Cojines) NO APLICA

Evita antiséptico local para limpieza de úlceras SI

Evita curación oclusiva en zona de infección SI

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 80 FECHA 26/01/2022 08:36:13 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

FOLIO ABIERTO PARA REGISTRO DE CAMBIOS DADOS EN RONDA DE LA MAÑANA.

MD SANDRA GIRON.

Evolución realizada por: ARBEY RUANO GAVIRIA-Fecha: 26/01/22 08:36:18

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

N.O.M.

. ALBENDAZOL TAB X 200 MG. DAR 400 MG X Sonda AL DIA POR 3 DIAS

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

. SS/ EN LA TARDE Y NOCHE GASES ARTERIALES + ELECTROLITOS

. SS/ NOCHE HEMOGRAMA, PCR Y AZOADOS

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
24,00	1,00 BOLSA	LACTATO DE HARTMAN SOL INY /500 ML 500 ML	INTRAVENOSO	1 Hora	MODIFICADO
50 CC H					
2,00	2,00 TABLETA	ALBENDAZOL TABLETA 200 MG 200 MG	ORAL	Dosis Unica	MODIFICADO
DAR 400 MG VO AL DIA POR 3 DIAS					

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad **Descripción**
1 HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L **Realizado**

NOCHE

RECUENTO DE LEUCOCITOS :11.03 x10³/ 5 - 10

NEUTROFILOS % :92.50 % 40.3 - 74.8

LINFOCITOS % :4.40 % 12.2 - 47.1

MONOCITOS % :2.50 % 4.4 - 12.3

EOSINOFILOS % :0.00 % 0.01 - 4.4

BASOFILOS % :0.10 % 0.01 - 0.7

NEUTROFILOS Abs :10.20 x10³/ 1.82 - 7.42LINFOCITOS Abs :0.48 x10³/ 1.5 - 4MONOCITOS Abs :0.28 x10³/ 0.03 - 0.77EOSINOFILOS Abs :0.00 x10³/ 0.03 - 0.44BASOFILOS Abs :0.01 x10³/ 0.01 - 0.05RECUENTO DE ERITROCITOS :4.81 x10⁶/ 4.6 - 6.2

HEMATOCRITO :37.0 % 40 - 54

HEMOGLOBINA :13.80 g/dl 13.5 - 18

MCV :76.9 fl 86 - 96

MCH :28.7 pg 25 - 31

MCHC :37.3 g/dl 32 - 38

RDW :12.90 % 11 - 15

RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO :288 x10³/ 150 - 450

MPV :10.7

fl 6.4 - 13

RECUENTO DIFERENCIAL MANUAL :- -

FECHA Y HORA DE APLICACION:27/01/2022 00:42:30TECNICA EMPLEADA : METODO: LASER SEMICONDUCTOR REALIZADO

POR : MARIA VICTORIA SANABRIA JIMENEZ

2 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)**Pendiente**

TARDE Y NOCHE

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 53 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

1 NITROGENO UREICO (BUN)

Realizado

NOCHE

NITROGENO UREICO :22.1 mg/dl 8 - 23

FECHA Y HORA DE APLICACION:27/01/2022 00:47:47TECNICA EMPLEADA : METODO: UV CINETICO REALIZADO POR :

DIEGO ALEJANDRO GONZALEZ GARCIA

1 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS

Realizado

NOCHE

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS :0.57 mg/dl 0.67 - 1.17

FECHA Y HORA DE APLICACION:27/01/2022 00:47:47TECNICA EMPLEADA : METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.

REALIZADO POR : DIEGO ALEJANDRO GONZALEZ GARCIA

1 PROTEINA C REACTIVA PRUEBA SEMICUANTITATIVA

Realizado

NOCHE

PROTEINA C REACTIVA SEMIAUTOMATIZADO :318.60 mg/L 0.6 - 5

FECHA Y HORA DE APLICACION:27/01/2022 00:47:47TECNICA EMPLEADA : METODO: INMUNOTURBIDIMETRIA REALIZADO

POR : DIEGO ALEJANDRO GONZALEZ GARCIA

ARBEY RUANO GAVIRIA

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

81

FECHA 26/01/2022 08:45:52

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 AMPOLLAS	OMEPRAZOL INFUSION IV POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUIR A SOL. INY. 40 MG 40 MG	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
18,00	6,00 VIAL	INSULINA GLULISINA PEN PRELLENADO EQ. A 300 UI SOL INYEC 100 UI/ML/3 ML (APIDR A SOLOSTAR) 100 UI	SUBCUTANEA	8 Horas	CONTINUAR
solso si glcmetrias superiro a 180					
1,00	1,00 FRASCO	INSULINA ZINC HUMANA (R) VIAL SOLUCION I	SUBCUTANEA	Ahora	CONTINUAR
7J.0 *HOSVITAL*				Usuario: 76028506	



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 54 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

NYECTABLE 100 UI/ML/10 ML. 100 UI

APLICAR 25 UI SC

2,00	1,00 AMPOLLAS	HEPARINA DE BAJO PESO (ENOXAPARINA) SOL INY 60 MG/0.6 ML 60 MG/0.6 ML	SUBCUTANEA	12 Horas	CONTINUAR
------	---------------	---	------------	----------	-----------

24,00	1,00 BOLSA	LACTATO DE HARTMAN SOL INY /500 ML 500 ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
-------	------------	---	-------------	--------	-----------

50 CC H

1,00	1,00 AMPOLLAS	DEXAMETASONA SODIO FOSFATO SOL INY 8 MG G/2 ML 8 MG	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
------	---------------	---	-------------	----------	-----------

6 MG EV DIA POR 10 DIAS PREVIA DESPARASITACION

8,00	2,00 AMPOLLAS	AMPICILINA/SULBACTAM POL PARA RECONST A SOL. INY. 1.5 G. 1.5 G	INTRAVENOSO	6 Horas	CONTINUAR
------	---------------	--	-------------	---------	-----------

1,00	1,00 SOBRE	AZITROMICINA TABLETA O TABLETA RECUBIERTA 500 MG 500 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
------	------------	---	------	----------	-----------

30,00	2,00 TABLETA	ACETAMINOFEN TABLETA Ó CÁPSULA X 500 MG 500 MG	ORAL	8 Horas	CONTINUAR
-------	--------------	--	------	---------	-----------

2,00	2,00 TABLETA	ALBENDAZOL TABLETA 200 MG 200 MG	ORAL	Dosis Unica	CONTINUAR
------	--------------	----------------------------------	------	-------------	-----------

DAR 400 MG VO AL DIA POR 3 DIAS

6,00	2,00 AMPOLLAS	ACETILCISTEINA SOL INY 300MG/ML/3ML 300 MG/3ML	INTRAVENOSO	8 Horas	CONTINUAR
------	---------------	--	-------------	---------	-----------

NEFROPROTECCION PARA EL ANGIOTAC

ARBEY RUANO GAVIRIA

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

84

FECHA 26/01/2022 10:36:19

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 55 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

ABRE FOLIO PARA CHEQUEAR HISTORIA CLÍNICA Y VERIFICACIÓN DE PRESCRIPCIÓN MEDICA JEFE ANA CRISTINA

Nota realizada por: ANA CRISTINA IDROBO OSPINA Fecha: 26/01/22 10:36:21**ANA CRISTINA IDROBO OSPINA**

Reg. 34607318/32797

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****86****FECHA 26/01/2022 12:39:12****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

PACIENTE QUE SE LE REALIZA HIGIENE ORAL CON CREMA CEPILLO DENTAL ,BAÑO EN CAMA CON PAÑOS HULEDOS SEGUN PROTOCOLO , ELIMINA ESPONTANEO EN PATO , SE LE DA RECOMENDACIONES QUE DEBE PERMANECER EN POSICION PRONO , A LAS 7+30 SE LE TOMO GASES ARTERIALES POR ORDEN MEDICA

Nota realizada por: ERICA ANGULO CONTRERAS Fecha: 26/01/22 11:00:00**ERICA ANGULO CONTRERAS**

Reg. 34673188/346731

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****91****FECHA 26/01/2022 18:40:23****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS DE EDAD MONITORIZADO COMO UCI CONSCIENTE CON UN GLASGOW 15/15 CON FUERZA MUSCULAR CONSERVADA EN LAS CUATRO EXTREMIDADES CON RASS DE CERO HEMODINAMICAMENTE INESTABLE. AFEBRIL, CON FRECUENCIA RESPIRATORIA CON LEVE TENDENCIA A LA TAQUIPNEA CON SOPORTE DE OXIGENO A TRAVÉS DE MASCARA RESERVA A 10 LITROS POR MINUTO SATURANDO POR ENCIMA DEL 90%. NORMOCARDICO, HIPERTENSO CON PAM POR ENCIMA DE 75 MMHG. CON REPORTE DE GLUCOMETRIA DE 224 MG/DL. SIN SOPORTE N NUTRICIONAL. CON ELIMINACIÓN URINARIA ESPONTANEA CON BUEN GASTO URINARIO. NO HA HECHO DEPOSICIÓN. CON LEV HARTMAN. CON ELEMENTOS INVASIVOS VIGENTES: CON UNA LINEA ARTERIAL RADIAL IZQUIERDA FUNCIONAL CON DOS ACCESOS VENOSOS PERIFÉRICOS EN MSI Y MSD SE PERMEABILIZAN CON SOLUCIÓN SALINA ACCESOS VENOSOS SIN 7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 56 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

SIGNOS DE FLEBITIS QUÍMICA. A NIVEL DE LA PIEL INTEGRAL. POR DIRECCIONAMIENTO ADMINISTRATIVO LOS MEDICAMENTOS LOS ADMINISTRAN LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA. PENDIENTE: 1. SEGUIMIENTO POR INFECTOLOGIA. 2. VIGILANCIA DEL PATRÓN RESPIRATORIO EN PRONO VIGIL. 3. REPORTE DE HEMOCULTIVOS Y PARCIAL DE ORINA DEL 26/01. 4. TOMAR LABORATORIOS DE CONTROL EN LA MADRUGADA. SE REALIZAN CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y MEDIDAS DE CONFORT

NOTA: SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (BATA, ESCAFANDRA, CARETA, MONO GAFAS, MASCARILLA Y GUANTES), SE REALIZA ADEMÁS DURANTE SU ATENCIÓN LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS CORRESPONDIENTES, SEGÚN LINEAMIENTOS PROTOCOLARIOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES DEL MINISTERIO DE SALUD, POR CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA SARS-COV2.

Nota realizada por: ANA CRISTINA IDROBO OSPINA Fecha: 26/01/22 18:42:10

ANA CRISTINA IDROBO OSPINA

Reg. 34607318/32797

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 92 **FECHA** 26/01/2022 18:56:07 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

paciente de sexo masculino conciente orientado en tiempo lugar persona con oxígeno por máscara de reservorio saturando adecuadamente se observa con equimosis en extremidades superiores, el paciente colabora colocándose en posición prono, continúa nada vía oral, tiene alto riesgo de caída y bajo en UPP, se le dan cuidados de enfermería, medidas de higiene confort, se le lleva control de líquidos administrados y eliminados, a las 15 se le toma gases arteriales

Nota realizada por: ERICA ANGULO CONTRERAS Fecha: 26/01/22 18:00:00

ERICA ANGULO CONTRERAS

Reg. 34673188/346731

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 94 **FECHA** 26/01/2022 19:33:19 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

---EVOLUCION UCI---

PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**DIAGNOSTICOS DE TRABAJO:**

- . IRA TIPO I
- . A DESCARTAR TEP
- . NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS
- . CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022
- . ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUEIENTE
- . ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

CRITERIO DE INFECCION POR SARS-COV2:

- . CLINICO: CUADRO CLINICO DE 5 DIAS CON SINTOMAS RESPIRATORIOS LEVES, POR LO QUE EL 22/01/2022 DECIDE TOMAR PRUEBA DE INFECCION POR SARS COV 2, POSITIVA, QUE SE HA ENCONTRADO AISLADA EN CASA, SIN OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA, PERO REFIERE DESDE LA NOCHE INICIA CON FATIGA, SENSACION DE AHOGO Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR, POR LO QUE DECIDE CONSULTAR A URGENCIAS, INGRESA CON SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA Y DESATURACION.
- . MICROBIOLOGIA CON Ag SARS-COV2 22-01- 2022 POSITIVO.
- . PARACLINICOS: TROPONINA 0.010-0.006 - DIMERO D 70400 - PANEL VIRAL NEGATIVO

ANTIBIOTICOTERAPIA:

- . AMPICILINA SULBACTAM F.I. 26/01/22
- . AZITROMICINA F.I. 26/01/22

OTROS MEDICAMENTOS:

- . DEXAMETASONA FI 26/01/22

MICROBIOLOGIA:

- . 26/01/22 HEMOCULTIVOS PENDIENTE DE REPORTES DE PRELIMINARES
- . 26/01/22 UROCULTIVO PENDIENTE DE REPORTE DE PRELIMINAR
- . 26/01/22 CULTIVO DE SB PENDIENTE DE REPORTE DE PRELIMINAR
- . 26/01/22 BACILOSCOPIA EN SECRECION BRONQUIAL NEGATIVA

EVENTOS

- . ESTABILIDAD HEMODINAMICA.
- . PRONO VIGIL CON COLABORACION PARCIAL
- . NO FIEBRE
- . DISFUNCION PULMONAR SEVERA HASTA LA MADRUGADA
- . ELECTROLITOS NORMALES

REPORTE DE GASES ARTERIALES DE CONTROL EN LA TARDE:

EQUILIBRIO ACIDO BASE, INDICES DE OXIGENACION CON DISFUNCION PULMONAR MODERADA CON $PFIO_2$ EN ASCENSO, LACTATO NORMAL, ANION GAP LEVEMENTE BAJO.

EXAMEN FISICO

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 58 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

TA 168/87 – PAM 112 – FC 70 X MIN – FR 22 X MIN - TEMP 36,4°C

MUCOSAS HUMEDAS

ORL ASPECTO NORMAL

CUELLO LLENADO YUGULAR NORMAL

TORAX SIMETRICO SIN RETRACCIONES

PULMONES CON LEVE HIPOVENTILACION EN ACP, SIN SOBREALAGRADOS

CORAZON REGISTRO ELECTROCARDIOGRAFICO EN SINUSAL. NO SOPLOS

ABD BLANDO, NO DOLOROSO.

GU GENITALES EXTERNOS DE ASPECTO NORMAL. MICCION ESPONTANEA SIN CUANTIFICACION HASTA EL MOMENTO.

EXT SIMETRICAS SIN EDEMAS. PERFUSION DISTAL CON LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS Y PULSOS DISTALES ++/+++

SNC ALERTA, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. BIEN ORIENTADO.

ANALISIS Y JUSTIFICACION DE LA ESTANCIA

PACIENTE CON INFECCION VIRAL MODERADA A GRAVE POR SARS.COVID2 CON DETERIORO DE LA MECANICA VENTILATORIA SIN COLAPSO AUN, CON EVOLUCION FAVORABLE A PESAR DE PRONO VIGIL DE DIFICIL SOSTEN POR EL PACIENTE. SE CONSIDERA COMPLETAR ESQUEMA DE ANTIPARASITARIO POR 3 DIAS, SE CONTINUA EL PRONO VIGIL POR EL TIEMPOS MAYOR TOLERABLE POR EL PACIENTE Y CONTINUAR EL RESTO DEL MANEJO. MONITORIA UCI DADO POSIBILIDAD DE COLAPSO VENTILATORIO.

RECIBE INFORMACION DEL PACIENTE LA SRA PAOLA POLINDARA.

CONDUCTA

. ALBENDAZOL TAB X 200 MG. DAR 400 MG X Sonda AL DIA POR 3 DIAS

. SS/ EN LA TARDE Y NOCHE GASES ARTERIALES + ELECTROLITOS

. SS/ NOCHE HEMOGRAMA, PCR Y AZOADOS

NOTA: SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (BATA, UNIFORME ANTIFLUIDO, CARETA, MONOGAFAS, MASCARILLA Y GUANTES) , SE REALIZA ADEMAS DURANTE SU ATENCION LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS CORRESPONDIENTES, SEGUN LINEAMIENTOS PROTOCOLARIOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES DEL MINISTERIO DE SALUD, POR CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA SARS-COV2.

MD SANDRA YINETH GIRON TIMANA

RM 193220 - CC 34.562.634 DE POPAYAN

Evolución realizada por: ARBEY RUANO GAVIRIA-Fecha: 26/01/22 19:34:13**ARBEY RUANO GAVIRIA**

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRITICO



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 59 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaereo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 96 FECHA 26/01/2022 20:24:02 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

SE ABRE FOLIO PARA CHEQUEO DE HISTORIA CLINICA

Nota realizada por: CLAUDIA ISABEL NOGUERA MELO Fecha: 26/01/22 20:24:03

CLAUDIA ISABEL NOGUERA MELO

Reg. 59706556/522781

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 98 FECHA 27/01/2022 00:49:44 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

FORMULACION DE 24 HORAS

Evolución realizada por: ARBEY RUANO GAVIRIA-Fecha: 27/01/22 00:49:55

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 AMPOLLAS	OMEPRAZOL INFUSION IV POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUIR A SOL. INY. 40 MG 40 MG	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
18,00	6,00 VIAL	INSULINA GLULISINA PEN PRELLENADO EQ. A 300 UI SOL INYEC 100 UI/ML/3 ML (APIDR A SOLOSTAR) 100 UI	SUBCUTANEA	8 Horas	CONTINUAR
solso si glcmetrias superiro a 180					
1,00	1,00 FRASCO	INSULINA ZINC HUMANA (R) VIAL SOLUCION I NYECTABLE 100 UI/ML/10 ML. 100 UI	SUBCUTANEA	Ahora	CONTINUAR
APLICAR 25 UI SC					
2,00	1,00 AMPOLLAS	HEPARINA DE BAJO PESO (ENOXAPARINA) SOL INY 60 MG/0.6 ML 60 MG/0.6 ML	SUBCUTANEA	12 Horas	CONTINUAR
24,00	1,00 BOLSA	LACTATO DE HARTMAN SOL INY /500 ML 500 ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
50 CC H					

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 60 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

1,00	1,00 AMPOLLAS	DEXAMETASONA SODIO FOSFATO SOL INY 8 M G/2 ML 8 MG	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
6 MG EV DIA POR 10 DIAS PREVIA DESPARASITACION					
8,00	2,00 AMPOLLAS	AMPICILINA/SULBACTAM POL PARA RECONST A SOL. INY. 1.5 G. 1.5 G	INTRAVENOSO	6 Horas	CONTINUAR
1,00	1,00 SOBRE	AZITROMICINA TABLETA O TABLETA RECUBIERT A 500 MG 500 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
30,00	2,00 TABLETA	ACETAMINOFEN TABLETA Ó CÁPSULA X 500 MG 500 MG	ORAL	8 Horas	CONTINUAR
2,00	2,00 TABLETA	ALBENDAZOL TABLETA 200 MG 200 MG	ORAL	Dosis Unica	CONTINUAR
DAR 400 MG VO AL DIA POR 3 DIAS					
6,00	2,00 AMPOLLAS	ACETILCISTEINA SOL INY 300MG/ML/3ML 300 MG/3ML	INTRAVENOSO	8 Horas	CONTINUAR
NEFROPROTECCION PARA EL ANGIOTAC					

ARBHEY RUANO GAVIRIA

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 99 **FECHA** 27/01/2022 02:49:39 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

FECHA: 26 DE ENERO DE 2021 SE REvisa HISTORIA CLINICA TURNO DE LA NOCHE

AUXILIAR DE ENFERMERIA DE AMS ADMINISTRA MEDICAMENTOS SEGUN ORDEN MEDICA Y SEGUN PROTOCOLO

SE SOLICITAN INSUMOS PARA 24 HORAS

SE COBRAN INSUMOS

Nota realizada por: ANGELA CAROLINA ROSADA MUÑOZ **Fecha:** 27/01/22 02:49:40



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 61 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupación:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

ANGELA CAROLINA ROSADA MUÑOZ

Reg. 27453804/31069

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 101 FECHA 27/01/2022 06:38:13 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

PACIENTE EL CUAL SE ASISTE DURANTE EL TURNO DE LA NOCHE CAMBIOS DE POSICION HIDRATACION DE PIEL, SE TOAMN LABORATORIOS DE MEDIANOCHE, SE REGISTRAN EN SABANA LIQUIDOS ELIMINADOS Y ADMINISTRADOS AL IGUAL QUE GLUCOMETRIAS DE CONTROL, SE ADMINISTRAN MEDICAMENTOS POR PARTE DE DE AUXILIAR DE MEDICAMENTOS, PACIENTE QUIEN CONTINUA ENEL SERVICIO ACOSTADO CON BARANDAS ENALTO SIN ACOMPAÑANTE MONITORIZADO COMO UCI QUEDA PENDIENTE SEGUIR ORDENES MEDICAS.

Nota realizada por: CAMILO ANDRES ALGARRA MENDEZ Fecha: 27/01/22 06:38:16

CAMILO ANDRES ALGARRA MENDEZ

Reg. 19-02805

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 102 FECHA 27/01/2022 09:27:34 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

CAMBIOS DE LA REVISTA UCI - INTENSIVISTA DE TURNO: DR ARBEY RUANO

Evolución realizada por: ARBEY RUANO GAVIRIA-Fecha: 27/01/22 09:30:48

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 AMPOLLAS	HEPARINA DE BAJO PESO (ENOXAPARINA) SOL INY 60 MG/0.6 ML 60 MG/0.6 ML	SUBCUTANEA	24 Horas	MODIFICADO
6,00	2,00 AMPOLLAS	ACETILCISTEINA SOL INY 300MG/ML/3ML 300 MG/3ML	INTRAVENOSO	8 Horas	SUSPENDIDO

NEFROPROTECCION PARA EL ANGIOTAC

ORDENES DE LABORATORIO

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

Cantidad	Descripción
1	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L Realizado
	CONTROL MAÑANA
	RECUENTO DE LEUCOCITOS :17.67 x10 ³ / 5 - 10
	NEUTROFILOS % :92.10 % 40.3 - 74.8
	LINFOCITOS % :4.10 % 12.2 - 47.1
	MONOCITOS % :3.10 % 4.4 - 12.3
	EOSINOFILOS % :0.00 % 0.01 - 4.4
	BASOFILOS % :0.10 % 0.01 - 0.7
	NEUTROFILOS Abs :16.30 x10 ³ / 1.82 - 7.42
	LINFOCITOS Abs :0.72 x10 ³ / 1.5 - 4
	MONOCITOS Abs :0.54 x10 ³ / 0.03 - 0.77
	EOSINOFILOS Abs :0.00 x10 ³ / 0.03 - 0.44
	BASOFILOS Abs :0.01 x10 ³ / 0.01 - 0.05
	RECUENTO DE ERITROCITOS :4.71 x10 ⁶ / 4.6 - 6.2
	HEMATOCRITO :35.7 % 40 - 54
	HEMOGLOBINA :13.40 g/dl 13.5 - 18
	MCV :75.8 fl 86 - 96
	MCH :28.5 pg 25 - 31
	MCHC :37.5 g/dl 32 - 38
	RDW :12.90 % 11 - 15
	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO :326 x10 ³ / 150 - 450
	MPV :10.8

fl 6.4 - 13

RECUENTO DIFERENCIAL MANUAL :- -

FECHA Y HORA DE APLICACION:28/01/2022 01:13:05TECNICA EMPLEADA : METODO: LASER SEMICONDUCTOR REALIZADO

POR : MARIA VICTORIA SANABRIA JIMENEZ

2 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)**Pendiente**

CONTROL MAÑANAEN LA TARDE

1 NITROGENO UREICO (BUN)**Realizado**

CONTROL MAÑANA

NITROGENO UREICO :24.0 mg/dl 8 - 23

FECHA Y HORA DE APLICACION:28/01/2022 01:53:04TECNICA EMPLEADA : METODO: UV CINETICO REALIZADO POR :

ELKIN MARIO BARRIOS

1 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS**Realizado**

CONTROL MAÑANA

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS :0.57 mg/dl 0.67 - 1.17

FECHA Y HORA DE APLICACION:28/01/2022 02:28:39TECNICA EMPLEADA : METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 63 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

REALIZADO POR : ELKIN MARIO BARRIOS

1 PROTEINA C REACTIVA PRUEBA SEMICUANTITATIVA

Realizado

CONTROL MAÑANA

PROTEINA C REACTIVA SEMIAUTOMATIZADO :142.73 mg/L 0.6 - 5

FECHA Y HORA DE APLICACION:28/01/2022 01:53:04TECNICA EMPLEADA : METODO: INMUNOTURBIDIMETRIA REALIZADO

POR : ELKIN MARIO BARRIOS

ARBEY RUANO GAVIRIA

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 105 FECHA 27/01/2022 16:57:45 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

SE ABRE FOLIO PARA CHEQUEAR HISTORIA CLINICA.

Nota realizada por: JESUS DAVID VALDEZ PEREZ Fecha: 27/01/22 16:57:48

JESUS DAVID VALDEZ PEREZ

Reg. 1045746891

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 109 FECHA 27/01/2022 19:17:33 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

---EVOLUCION UCI---

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD

DIAGNOSTICOS DE TRABAJO:

- . IRA TIPO I
- . A DESCARTAR TEP
- . NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS
- . CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022
- . ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUEIENTE
- . ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

CRITERIO DE INFECCION POR SARS-COV2:

- . CLINICO: CUADRO CLINICO DE 5 DIAS CON SINTOMAS RESPIRATORIOS LEVES, POR LO QUE EL 22/01/2022 DECIDE TOMAR PRUEBA DE INFECCION POR SARS COV 2, POSITIVA, QUE SE HA ENCONTRADO AISLADA EN CASA, SIN OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA, PERO REFIERE DESDE LA NOCHE INICIA CON FATIGA, SENSACION DE AHOGO Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR, POR LO QUE DECIDE CONSULTAR A URGENCIAS, INGRESA CON SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA Y DESATURACION.
- . MICROBIOLOGIA CON Ag SARS-COV2 22-01- 2022 POSITIVO.
- . PARACLINICOS: TROPONINA 0.010-0.006 - DIMERO D 70400 - PANEL VIRAL NEGATIVO

ANTIBIOTICOTERAPIA:

- . AMPICILINA SULBACTAM F.I. 26/01/22
- . AZITROMICINA F.I. 26/01/22

OTROS MEDICAMENTOS:

- . DEXAMETASONA FI 26/01/22

MICROBIOLOGIA:

- . 26/01/22 HEMOCULTIVOS PENDIENTE DE REPORTES DE PRELIMINARES
- . 26/01/22 UROCULTIVO PENDIENTE DE REPORTE DE PRELIMINAR
- . 26/01/22 CULTIVO DE SB PENDIENTE DE REPORTE DE PRELIMINAR
- . 26/01/22 BACILOSCOPIA EN SECRECION BRONQUIAL NEGATIVA

EVENTOS

- . ESTABILIDAD HEMODINAMICA.
- . PRONO VIGIL CON MALA COLABORACION
- . NO FIEBRE
- . DISFUNCION PULMONAR SEVERA
- . ELECTROLITOS NORMALES

REPORTE DE GASES ARTERIALES DE CONTROL EN LA TARDE:

EQUILIBRIO ACIDO BASE, INDICES DE OXIGENACION CON DISFUNCION PULMONAR MODERADA CON $PFIO_2$ EN ASCENSO, LACTATO NORMAL, ANION GAP LEVEMENTE BAJO.

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**EXAMEN FISICO**

TA 140/90 – PAM 100 – FC 85 X MIN – FR 18 X MIN - TEMP 36,2°C

MUCOSAS HUMEDAS

ORL ASPECTO NORMAL

CUELLO LLENADO YUGULAR NORMAL

TORAX SIMETRICO SIN RETRACCIONES

PULMONES CON LEVE HIPOVENTILACION EN ACP, SIN SOBREAĞREADOS. FIO2 50% SAT 91%

CORAZON REGISTRO ELECTROCARDIOGRAFICO EN SINUSAL. NO SOPLOS

ABD BLANDO, NO DOLOROSO.

GU GENITALES EXTERNOS DE ASPECTO NORMAL. DIURESIS 1090 CC EN 24 HORAS

EXT SIMETRICAS SIN EDEMAS. PERFUSION DISTAL CON LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS Y PULSOS DISTALES ++/++++

SNC ALERTA, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. BIEN ORIENTADO.

ANALISIS Y JUSTIFICACION DE LA ESTANCIA

PACIENTE CON INFECCION VIRAL MODERADA A GRAVE POR SARS.CO2 CON DETERIORO DE LA MECANICA VENTILATORIA SIN COLAPSO AUN, CON EVOLUCION ESTACIONARIA A PESAR DE PRONO VIGIL DE DIFICIL SOSTEN POR EL PACIENTE YA QUE NO ES COLABORADOR. SE CONTINUA EL PRONO VIGIL POR EL MAYOR TIEMPO TOLERABLE POR EL PACIENTE Y CONTINUAR EL RESTO DEL MANEJO EN USO. SEGUN GASES DE CONTROL Y EVOLUCION VENTILATORIA SE DEFINIRA CONDUCTAS, MONITORIA UCI DADO POSIBILIDAD DE COLAPSO VENTILATORIO.

RECIBE INFORMACION DEL PACIENTE LA SRA PAOLA POLINDARA.

CONDUCTA

. ALBENDAZOL TAB X 200 MG. DAR 400 MG X Sonda AL DIA POR 3 DIAS

. SUSPENDER N ACETILCISTEINA

. PENDIENTE REPORTE DE ANGIOTAC PARA DEFINIR DOSIS DE ENOXAPARINA

. SS/ EN LA TARDE Y NOCHE GASES ARTERIALES + ELECTROLITOS

. SS/ NOCHE HEMOGRAMA, PCR Y AZOADOS

CONDUCTA INFECTOLOGIA DR ROA

. CONTINUAR CON ANTIBIOTICOTERAPIA EN USO, AZITRIMICINA COMPLETAR 5 DIAS Y AMPICILINA SULBACTAM 7 DIAS.

NOTA: SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (BATA, UNIFORME ANTIFLUIDO, CARETA, MONOGAFAS, MASCARILLA Y GUANTES) , SE REALIZA ADEMAS DURANTE SU ATENCION LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS CORRESPONDIENTES, SEGUN LINEAMIENTOS PROTOCOLARIOS INTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES DEL MINISTERIO DE SALUD, POR CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA SARS-COV2.

MD JOHANA DIAZ RM 1085328083

Evolución realizada por: ARBEY RUANO GAVIRIA-Fecha: 27/01/22 19:18:27



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 66 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

ARBEY RUANO GAVIRIA

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 111 FECHA 27/01/2022 21:09:18 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

NOTA.

PACIENTE CON CIFRAS DE PRESION ARTERIAL MEDIA ENTRE 100-110MMHG, ADEMAS REFIERE DOLOR DORSAL AL PRONARSE. EN EL MOMENTO SE DECIDE INICIAR ANTIHIPERTENSIVOS ORALES CON NIFEDIPINO , PRAZOCIN E INICIAR ANALGESIA CON MORFINA .

Evolución realizada por: ARBEY RUANO GAVIRIA-Fecha: 27/01/22 21:09:46

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
2,00	1,00 TABLETA	PRAZOSINA TABLETA 1 MG 1 MG	ORAL	12 Horas	NUEVO
3,00	1,00 TABLETA	NIFEDIPINO 24 HORAS CAP O TAB DE LIBERA SOSTE 30MG 30MG	ORAL	8 Horas	NUEVO
4,00 4 CC EV CADA 6 H	1,00 AMPOLLAS	MORFINA SOL INY 10 MG/ML/1 ML 10 MG	INTRAVENOSO	6 Horas	NUEVO

ARBEY RUANO GAVIRIA

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 112 FECHA 27/01/2022 22:52:40 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

SE ABRE FOLIO PARA CHEQUEO DE HISTORIA CLINICA Y REVISIÓN DE CAMBIOS.

Nota realizada por: GUSTAVO ADOLFO GUTIERREZ RUANO Fecha: 27/01/22 22:52:42

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 67 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

GUSTAVO ADOLFO GUTIERREZ RUANO

Reg. 1061702896/2816

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 114 FECHA 28/01/2022 00:45:01 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO

Cantidad

Descripción

6 GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]

Pendiente

FORMULA MÉDICA

Cantidad

Dosis

Descripción

Vía

Frecuencia

Acción

1,00	1,00 AMPOLLAS	OMEPRAZOL INFUSION IV POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUIR A SOL. INY. 40 MG 40 MG	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
18,00	6,00 VIAL	INSULINA GLULISINA PEN PRELLENADO EQ. A 300 UI SOL INYEC 100 UI/ML/3 ML (APIDR A SOLOSTAR) 100 UI	SUBCUTANEA	8 Horas	CONTINUAR
solso si glcumentrias superiro a 180					
1,00	1,00 FRASCO	INSULINA ZINC HUMANA (R) VIAL SOLUCION I NYECTABLE 100 UI/ML/10 ML. 100 UI	SUBCUTANEA	Ahora	CONTINUAR
APLICAR 25 UI SC					
1,00	1,00 AMPOLLAS	HEPARINA DE BAJO PESO (ENOXAPARINA) SOL INY 60 MG/0.6 ML 60 MG/0.6 ML	SUBCUTANEA	24 Horas	CONTINUAR
24,00	1,00 BOLSA	LACTATO DE HARTMAN SOL INY /500 ML 500 ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
50 CC H					
2,00	1,00 TABLETA	PRAZOSINA TABLETA 1 MG 1 MG	ORAL	12 Horas	CONTINUAR
3,00	1,00 TABLETA	NIFEDIPINO 24 HORAS CAP O TAB DE LIBERA SOSTE 30MG 30MG	ORAL	8 Horas	CONTINUAR



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 68 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

1,00	1,00 AMPOLLAS	DEXAMETASONA SODIO FOSFATO SOL INY 8 M G/2 ML 8 MG	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
6 MG EV DIA POR 10 DIAS PREVIA DESPARASITACION					
8,00	2,00 AMPOLLAS	AMPICILINA/SULBACTAM POL PARA RECONST A SOL. INY. 1.5 G. 1.5 G	INTRAVENOSO	6 Horas	CONTINUAR
1,00	1,00 SOBRE	AZITROMICINA TABLETA O TABLETA RECUBIERT A 500 MG 500 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
4,00	1,00 AMPOLLAS	MORFINA SOL INY 10 MG/ML/1 ML 10 MG	INTRAVENOSO	6 Horas	CONTINUAR
4 CC EV CADA 6 H					
30,00	2,00 TABLETA	ACETAMINOFEN TABLETA Ó CÁPSULA X 500 MG 500 MG	ORAL	8 Horas	CONTINUAR
2,00	2,00 TABLETA	ALBENDAZOL TABLETA 200 MG 200 MG	ORAL	Dosis Unica	CONTINUAR
DAR 400 MG VO AL DIA POR 3 DIAS					

ARBHEY RUANO GAVIRIA

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 125 FECHA 28/01/2022 01:50:05 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

TERAPIAS

Cantidad	Descripción
1	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL

Estado
Realizado

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 69 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

OTA RETROSPECTIVA HORA 01+30 HRS

PACIENTE CON DIAGNOSTICO MEDICO ANOTADO, QUIEN SE ENCUENTRA EN POSICION SUPINO, CABECERA 45°, CON SOPORTE DE OXIGENO SUPLEMENTARIO POR MASCARA DE RESERVA L FIO2 70% POR ORDENMECIA SE ASISTE INTUBACION OROTRAQUEAL CON TUBO #7.5 FIJO EN 23CM EN UNICO INTENTO SE CONECTA A SOPORTE VENTILATORIO MECANICO MODO AC VT 400 FR 24 FIO2 100% PEEP 12 SPO2 94% A LA AUSCULTACION MURMULLO VESICULAR PRESENTE, SIN SOBREALAGADOS, SE REALIZAN MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL, LAVADO Y ASPIRACION DE MODERADA CANTIDAD DE SECRESIONES MUCOIDES POR TOT Y MODERADAS HIALINAS POR OROFARINGE. SE VERIFICA PRESION DE NUOMETAPONADOR: 24 CM DE H2O., VIA AEREA ARTIFICIAL PERMEABLE SE REALIZA COLOCACION DE FIJACION DE TUBO SIN COMPLICACIONES ,POR ORDENMEDICA SE TOMA MUSTRA DE SECRECION BRONQUIAL PARA GRAM Y CULTIVO Y BK#1 EL ANTERIOR PROCEDIMIENTO SE REALIZA CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, ENTREGADOS POR LA INSTITUCION, PARA LA ATENCION DE PACIENTE EN CONDICION DE PANDEMIA, CON POSTERIOR LAVADO DE MANOS EN SUS CINCO MOMENTOS. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES

FECHA Y HORA DE APLICACION:28/01/2022 02:17:25 REALIZADO POR: ANGELA MARCELA FERNANDEZ BOLANOS

ANGELA MARCELA FERNANDEZ BOLANOS

Reg. 1061687665/19-0

FISIOTERAPIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****128****FECHA 28/01/2022 02:02:19****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

NOTA UCI .

SE HABLA CON LOS FAMILIARES SOBRE LA CONDUCTA DE INTUBACION OROTRAQUEAL HIJA PAOLA POLINDARA Y FAMILIAR ACOMPAÑANTE A QUIENES SE LES EXPLICA Y AL PROPIO PACIENTE IGUALMENTE QUIENES ACEPTAN DICHA CONDUCTA DE INTUBACION OROTRAQUEAL.

PACIENTE CON NEUMONIA VIRAL POR SARS COV 2 CON TAQUIPNEA (FR 45XM), TIRAJES UNIVERSALES, OXIMETRIA DE PULSO 79%, TRASTORNO DE LA OXIGENACION SEVERA CON SIGNOS DE FALLA VENTILATORIA POR LO QUE SE DECIDE REALIZAR INTUBACION OROTRAQUEAL.

NOTA: INTUBACION OROTRAQUEAL

SE REALIZA INTUBACION OROTRAQUEAL CON TUBO 7,5 FR SIN COMPLICACIONES INMEDIATAS

SE SOLICITA RX DE TORAX DE CONTROL

SE USA MIDAZOLAM / FENTANYL / ROCURONIO

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 70 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

NOTA: COLOCACION DE CATETER VENOSOS CENTRAL.

CON TECNICA DE SELDINGER SE COLOCA CATETER VENOSO CENTRAL VIA SUBCLAVIA DERECHA PREVIO INTENTO VIA YUGULAR INTERNA DERECHA , PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES INMEDIATAS
SS RX DE TORAX CONTROL.

NOTA:

SE REQUIERE LA UTILIZACION DE DOS CATETERES CENTRALES DADO QUE EN UN CATETER VENOSOS CENTRAL HAY DAÑO DE GUIA METALICA.

Evolución realizada por: ARBEY RUANO GAVIRIA-Fecha: 28/01/22 02:02:26**ARBEY RUANO GAVIRIA**

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 130 **FECHA** 28/01/2022 02:16:56 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****TERAPIAS**

Cantidad	Descripción	Estado
1	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	No se realizo

FECHA Y HORA DE APLICACION:28/01/2022 03:43:07 REALIZADO POR: ANGELA MARCELA FERNANDEZ BOLANOS

PROCEDIMIENTO NO APLICADO. , POR: ANGELA MARCELA FERNANDEZ BOLANOS

ANGELA MARCELA FERNANDEZ BOLANOS

Reg. 1061687665/19-0

FISIOTERAPIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 133 **FECHA** 28/01/2022 02:30:27 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 71 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**FORMULA MÉDICA**

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 AMPOLLAS	OMEPRAZOL INFUSION IV POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUIR A SOL. INY. 40 MG 40 MG	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
18,00	6,00 VIAL	INSULINA GLULISINA PEN PRELLENADO EQ. A 300 UI SOL INYEC 100 UI/ML/3 ML (APIDR A SOLOSTAR) 100 UI	SUBCUTANEA	8 Horas	CONTINUAR
solso si glcumentrias superiro a 180					
1,00	1,00 FRASCO	INSULINA ZINC HUMANA (R) VIAL SOLUCION I NYECTABLE 100 UI/ML/10 ML. 100 UI	SUBCUTANEA	Ahora	CONTINUAR
APLICAR 25 UI SC					
1,00	1,00 AMPOLLAS	HEPARINA DE BAJO PESO (ENOXAPARINA) SOL INY 60 MG/0.6 ML 60 MG/0.6 ML	SUBCUTANEA	24 Horas	CONTINUAR
24,00	1,00 BOLSA	LACTATO DE HARTMAN SOL INY /500 ML 500 ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
50 CC H					
2,00	1,00 TABLETA	PRAZOSINA TABLETA 1 MG 1 MG	ORAL	12 Horas	CONTINUAR
3,00	1,00 TABLETA	NIFEDIPINO 24 HORAS CAP O TAB DE LIBERA SOSTE 30MG 30MG	ORAL	8 Horas	CONTINUAR
1,00	1,00 AMPOLLAS	DEXAMETASONA SODIO FOSFATO SOL INY 8 M G/2 ML 8 MG	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
6 MG EV DIA POR 10 DIAS PREVIA DESPARASITACION					
8,00	2,00 AMPOLLAS	AMPICILINA/SULBACTAM POL PARA RECONST A SOL. INY. 1.5 G. 1.5 G	INTRAVENOSO	6 Horas	CONTINUAR
1,00	1,00 SOBRE	AZITROMICINA TABLETA O TABLETA RECUBIERT A 500 MG 500 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
48,00	2,00 AMPOLLAS	FENTANILO CITRATO EQ. A FENTANILO SOLUCI ON INYECTABLE 0.5 MG/10 ML 0.5MG/10ML	INTRAVENOSO	1 Hora	NUEVO
RASS - 3					
288,00	12,00 AMPOLLAS	MIDAZOLAM SOLUCION INYECTABLE 5 MG/5 ML 5 MG	INTRAVENOSO	1 Hora	NUEVO

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 72 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953**Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

RASS -3

4,00 1,00 AMPOLLAS MORFINA SOL INY 10 MG/ML/1 ML 10 MG INTRAVENOSO 6 Horas **SUSPENDIDO**

4 CC EV CADA 6 H

30,00 2,00 TABLETA ACETAMINOFEN TABLETA Ó CÁPSULA X 500 MG ORAL 8 Horas **CONTINUAR**

500 MG

2,00 2,00 TABLETA ALBENDAZOL TABLETA 200 MG 200 MG ORAL Dosis Unica **CONTINUAR**

DAR 400 MG VO AL DIA POR 3 DIAS

3,00 1,00 CAJA CLORHEXIDINA DIACETATO O DIGLUCONATO ENJ BUCAL 8 Horas **NUEVO**

UAGUE BUCA NO APLICA

10 ML CADA 8 H INTUBADA

ARBEY RUANO GAVIRIA

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRITICO**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 134 **FECHA** 28/01/2022 02:35:47 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****RECOMENDACIONES**

RECOMENDACIONES

BOLO DE HARTMAN 500CCH

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
24,00	1,00 AMPOLLAS	CISATRACURIO SOL INY 10MG. 10 MG	INTRAVENOSO	1 Hora	NUEVO

PRONACION

ARBEY RUANO GAVIRIA

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRITICO



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 73 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección: CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento: CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 135 FECHA 28/01/2022 02:37:14 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 AMPOLLAS	BROMURO DE ROCURONIO AMPOLLA X 50 MG/5ML - ROCURONIO BROMURO. 50 MG	INTRAVENOSO	Dosis Unica	NUEVO

PARA INTUBACION

ARBEY RUANO GAVIRIA

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 139 FECHA 28/01/2022 02:58:35 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	
1	ANTIBIOGRAMA (MIC) METODO AUTOMATICO	En proceso
1	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	Realizado

SB

COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA :MEMO Muestra (Sitio anatómico)::::

Secreción Bronquial

Resultado: Reacción Leucocitaria: Moderada.

No se observan microorganismos en la muestra examinada. -

FECHA Y HORA DE APLICACION:28/01/2022 05:25:16REALIZADO POR : MARIA VICTORIA SANABRIA JIMENEZ

1 CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HEC Realizado

SB

CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA :NEGATIVO Secrecion bronquial

Resultado Informe Preliminar: 29/01/2022 Negativo a las 24 horas de incubación.

Resultado Informe Preliminar: 30/01/2022 Negativo a las 48 horas de incubación.

Resultado final 31/01/2022 Negativo a las 72 Horas de Incubación. -

FECHA Y HORA DE APLICACION:30/01/2022 12:23:33REALIZADO POR : JORGE ARMANDO GARAY BARBOZA



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 74 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección: CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento: CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

ARBEY RUANO GAVIRIA

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 140 FECHA 28/01/2022 02:59:56 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

EVENTO

CHOQUE SEPTICO PULMONAR

PLAN VASOACTIVO : NOREPINEFRINA TAM 65-70MMHG

Evolución realizada por: ARBEY RUANO GAVIRIA-Fecha: 28/01/22 03:00:02

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
24,00	1,00 AMPOLLAS	NOREPINEFRINA 4 MG/4ML SOLUCION INYECTAB LE 4MG/ML	INTRAVENOSO	1 Hora	NUEVO

TAM 65-70MMHG

ARBEY RUANO GAVIRIA

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 141 FECHA 28/01/2022 03:16:13 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
2,00	1,00 TABLETA	PRAZOSINA TABLETA 1 MG 1 MG	ORAL	12 Horas	SUSPENDIDO
3,00	1,00 TABLETA	NIFEDIPINO 24 HORAS CAP O TAB DE LIBERA SOSTE 30MG 30MG	ORAL	8 Horas	SUSPENDIDO
2,00	2,00 TABLETA	ALBENDAZOL TABLETA 200 MG 200 MG	ORAL	Dosis Unica	SUSPENDIDO

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 75 de 293

Fecha: 24/03/22

G.eta: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección: CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento: CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

DAR 400 MG VO AL DIA POR 3 DIAS

Arbey Ruano

ARBEY RUANO GAVIRIA

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 144 **FECHA** 28/01/2022 04:31:23 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

EVOLUCIÓN MÉDICO

Prescripción registrada exitosamente con Número de solicitud:

20220128192032558228

mipress de clorhexidina

Evolución realizada por: ARBEY RUANO GAVIRIA-**Fecha:** 28/01/22 04:31:30

Arbey Ruano

ARBEY RUANO GAVIRIA

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 145 **FECHA** 28/01/2022 05:43:25 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

PACIENTE EN CAMA EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, DESATURADO LLEGANDO A 83%, SE DIALOGA CON EL PACIENTE Y ACEPTA EL PRONO VIGIL TOLERANDOLO POR CERCA DE 4 HORAS, SE DAMANEJO ANALGESICO PARA FOVOERECER LA TOLERANCIA, SIENDO MEDIA NOCHE EL PACIENTE RETORNA AL SUPINO, TORNAOSE DESATURADO, GASES ARTERIALES CON INDICES DE OXIGENACIÓN SEVERAMENTE COMPOMETIDOS POR LO CUAL EL DOCTOR RUANO DIALOGA CON EL PACIENTE Y SU GRUPO FAMILIAR, ACEPTANDO LA INTUBACIÓN, SE ADMINISTRA 3 MG DE MIDAZOLAM, 300 MCGR DE FENTANYL Y 50 MG DE CISATRACURIO COMO INDUCCIÓN, LOGRANDOSE LA INTUBACIÓN SIN COMPLICACIONES, SE PROCEDE A PAOS DE CATETER VENOSO CENTRAL TRAS MULTIPLES PUNCIONES LOGRANDOSE SUBCLAVIO DERECHO, SE PASA SONA OROGASTRICA RADIOPACA, AUSCULTANDOSE EN ESTOMAGO, SE DEJA A LIBRE DRENAJE, SE PASA SONTA VESICAL PREVIA LUBRICACIÓN CO LUIDOCAINA SIN COMPLICACIONES, SE PROCEDE PRONAR AL PACIENTE A AS 4 AM.

Nota realizada por: GUSTAVO ADOLFO GUTIERREZ RUANO **Fecha:** 28/01/22 05:43:26

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 76 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**GUSTAVO ADOLFO GUTIERREZ RUANO**

Reg. 1061702896/2816

ENFERMERIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****149****FECHA 28/01/2022 06:26:17****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS****Cantidad****Descripción****1**

PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA E INTENSIFICADOR DE IMAGEN

Realizado

poostubo

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX.

Técnica:

Se tomó proyección anteroposterior única en tórax.

Hallazgos:

Tráquea central con tubo endotraqueal en buena posición.

Sonda esofágica con extremo distal proyectado en cámara gástrica.

Catéter subclavio derecho con extremo distal proyectado en unión atrio caval.

Botón aórtico denso asociado a placa de ateromatosis.

Silueta cardiaca aumentada de tamaño.

Mediastino no ensanchado.

Se identifica reforzamiento peribroncovascular parahiliar bilateral, que se extiende desde los hilios hacia la

periferia con signos de ocupación alveolar de aspecto consolidativo en el tercio medio inferior de ambos

hemitórax de predominio en lado derecho a correlacionar con clínica de fallo de bomba o a proceso infeccioso.

No hay evidencia de masas, nódulos ni derrame pleural.

Los ángulos costo y cardiofrénicos libres.

Osteopenia difusa.

Por lo demás las estructuras óseas y tejidos blandos no muestran cambios con significancia patológica.

CONCLUSIÓN:

Signos de ocupación alveolar descritos en el parénquima pulmonar son de apariencia indeterminada para neumonía viral, con características de imagen que pueden ser reportados en cuadros de neumonía por COVID-19. Sin embargo, no son específicos y los diagnósticos diferenciales incluyen etiologías infecciosas

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

como no infecciosas, como falla cardiaca.

Angioesclerosis.

Silueta cardiaca aumentada de tamaño.

Cordialmente,

DR JUAN TORRES HERNANDEZ

MD RADIOLOGO

RM 1316151

Andrea Castro

FECHA Y HORA DE APLICACION:28/01/2022 12:19:17 REALIZADO POR: JUAN CARLOS NARVAEZ SIERRA

1 RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)**Realizado**

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX.

Técnica:

Se tomó proyección anteroposterior única en tórax.

Hallazgos:

Tráquea central con tubo endotraqueal en buena posición.

Sonda esofágica con extremo distal proyectado en cámara gástrica.

Catéter subclavio derecho con extremo distal proyectado en unión atrio caval.

Botón aórtico denso asociado a placa de ateromatosis.

Silueta cardiaca aumentada de tamaño.

Mediastino no ensanchado.

Se identifica reforzamiento peribroncovascular parahiliar bilateral, que se extiende desde los hilios hacia la

periferia con signos de ocupación alveolar de aspecto consolidativo en el tercio medio inferior de ambos

hemitórax de predominio en lado derecho a correlacionar con clínica de fallo de bomba o a proceso infeccioso.

No hay evidencia de masas, nódulos ni derrame pleural.

Los ángulos costo y cardiofrénicos libres.

Osteopenia difusa.

Por lo demás las estructuras óseas y tejidos blandos no muestran cambios con significancia patológica.

CONCLUSIÓN:

Signos de ocupación alveolar descritos en el parénquima pulmonar son de apariencia indeterminada para neumonía viral, con características de imagen que pueden ser reportados en cuadros de neumonía por COVID-19. Sin embargo, no son específicos y los diagnósticos diferenciales incluyen etiologías infecciosas

como no infecciosas, como falla cardiaca.

Angioesclerosis.

Silueta cardiaca aumentada de tamaño.

Cordialmente,

DR JUAN TORRES HERNANDEZ

MD RADIOLOGO

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 78 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953**Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

RM 1316151

Andrea Castro

FECHA Y HORA DE APLICACION: 28/01/2022 12:19:08 REALIZADO POR: JUAN CARLOS NARVAEZ SIERRA

ARBEO RUANO GAVIRIA

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 151 **FECHA** 28/01/2022 06:39:20 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

NOTA UCI: PACIENTE CON FIBRILACION AURICULAR CON RESPUESTA VENTRICULAR NO CONTROLADA(FC: 160), SE INICIA AMIODARONA ENDOVENOSA

Evolución realizada por: ARBEY RUANO GAVIRIA-**Fecha:** 28/01/22 06:39:31**FORMULA MÉDICA**

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
6,00	6,00 AMPOLLAS	AMIODARONA CLORHIDRATO SOL INY 150 MG/3 ML 150MG/3ML	INTRAVENOSO	24 Horas	NUEVO
DOSIS 300 MG EN BOLO Y CONTINUAR 600 MG IV EN INFUSION PARA 24 HORAS					

ARBEO RUANO GAVIRIA

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 153 **FECHA** 28/01/2022 06:47:39 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

Paciente presenta peisodio de fibrilación auricular llegando a 160 lpm, or orden medica se administra 300 mg de amiodarona en bolo y se deja goteo de 600 mg para 24 horas, se inicia goteo de hartman a 60 cc/h.

Nota realizada por: GUSTAVO ADOLFO GUTIERREZ RUANO **Fecha:** 28/01/22 06:47:41

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 79 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

GUSTAVO ADOLFO GUTIERREZ RUANO

Reg. 1061702896/2816

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 155 FECHA 28/01/2022 06:53:09 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

PACIENTE DE 68 AÑOS EN SU 4 DÍA DE INTERNACIÓN CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS:

- RIESGO DE INFECCIÓN POR ELEMENTOS INVASIVOS
- RIESGO DE CAÍDAS Y LESIONES DE PIEL
- RIESGO DE DETERIORO HEMODINAMICO, NEUROLÓGICO, RESPIRATORIO

PACIENTE CON MONITORIA UCI, SE ASISTE A SUS NECESIDADES Y SE DAN MEDIOS DE CONFORT, SE REALIZA BAÑO EN CAMA, SE HIDRATA PIEL, SE REALIZAN CAMBIOS DE POSICIÓN SEGÚN PROTOCOLO, SE REALIZA HIGIENE ORAL CON CREMA, CEPILLO Y CLOREXIDINA ENJUAGUE, ELIMINA POR Sonda VESICAL SE HACE DESINFECCIÓN DE Sonda CON 5 ML DE CLOREXIDINA AL 2% Y SE FIJA, , EQUIMOSIS POR PUNSIONES, EDEMA GENERALIZADO. ZONA SACRA Y TROCANTERICAS SANAS, RESTO DE PIEL INTEGRAL, CATÉTER VENOSO CENTRAL Y ACCESOS VENOSOS PERIFÉRICOS SIN SIGNOS DE INFECCIÓN, QUEDA CON MANILLA Y TABLERO DE IDENTIFICACIÓN CON STIKERS SEGÚN RIESGO, SE TOMAN MUESTRAS DE SANGRE PARA CONTROL.

Nota realizada por: OSCAR MARINO MUNOZ IMBACHI Fecha: 28/01/22 06:53:12

OSCAR MARINO MUNOZ IMBACHI

Reg. 76322016/763220

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 158 FECHA 28/01/2022 09:48:27 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

REVISTA MEDICA

PACIENTE CON INFECCION VIRAL POR SARS COV 2, CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA REQUERIMIENTO DE VENTILACION MECANICA ANTE HIPOXEMIA SEVERA EN EL MOMENTO EN ESTRATEGIA PROTECTORA EN PRONO CON PSEUDOANALGESIA Y RELAJACION MUSCULAR CON 7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 80 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección: CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento: CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

REPORTE RADIOLOGICO MUY MARCADO CON OCUPACION EN LOS 4 CUADRANTES EVIDENCIADOS EN TACAR, PRONOSTICO AL MOMENTO MUY RESERVADO.

Evolución realizada por: MARLON ANDRES ORDOÑEZ BENAVIDES-Fecha: 28/01/22 09:49:35

MARLON ANDRES ORDOÑEZ BENAVIDES

Reg. 1085301044

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

159

FECHA 28/01/2022 09:49:41

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 AMPOLLAS	BROMURO DE ROCURONIO AMPOLLA X 50 MG/5ML - ROCURONIO BROMURO. 50 MG	INTRAVENOSO	Dosis Unica	SUSPENDIDO
PARA INTUBACION					
30,00	2,00 TABLETA	ACETAMINOFEN TABLETA Ó CÁPSULA X 500 MG 500 MG	ORAL	8 Horas	SUSPENDIDO

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción
1	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L Realizado
NOCHE	
RECUENTO DE LEUCOCITOS :8.57 x10 ³ / 5 - 10	
NEUTROFILOS % :91.30 % 40.3 - 74.8	
LINFOCITOS % :4.90 % 12.2 - 47.1	
MONOCITOS % :3.40 % 4.4 - 12.3	
EOSINOFILOS % :0.00 % 0.01 - 4.4	
BASOFILOS % :0.00 % 0.01 - 0.7	
NEUTROFILOS Abs :7.83 x10 ³ / 1.82 - 7.42	
LINFOCITOS Abs :0.42 x10 ³ / 1.5 - 4	
MONOCITOS Abs :0.29 x10 ³ / 0.03 - 0.77	
EOSINOFILOS Abs :0.00 x10 ³ / 0.03 - 0.44	
BASOFILOS Abs :0.00 x10 ³ / 0.01 - 0.05	
RECUENTO DE ERITROCITOS :4.03 x10 ⁶ / 4.6 - 6.2	
HEMATOCRITO :31.5 % 40 - 54	
HEMOGLOBINA :11.60 g/dl 13.5 - 18	
MCV :78.2 fl 86 - 96	
MCH :28.8 pg 25 - 31	

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 81 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

MCHC :36.8 g/dl 32 - 38

RDW :13.10 % 11 - 15

RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO :311 x10³/ 150 - 450

MPV :11.0

fl 6.4 - 13

RECUENTO DIFERENCIAL MANUAL :-

FECHA Y HORA DE APLICACION:29/01/2022 01:11:37TECNICA EMPLEADA : METODO: LASER SEMICONDUCTOR REALIZADO

POR : DIEGO ALEJANDRO GONZALEZ GARCIA

2 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)**Pendiente**

TARDE NOCHE

1 NITROGENO UREICO (BUN)**Realizado**

NOCHE

NITROGENO UREICO :23.7 mg/dl 8 - 23

FECHA Y HORA DE APLICACION:29/01/2022 01:07:06TECNICA EMPLEADA : METODO: UV CINETICO REALIZADO POR :

DINA LUZ OROZCO OROZCO

1 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS**Realizado**

NOCHE

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS :0.62 mg/dl 0.67 - 1.17

FECHA Y HORA DE APLICACION:29/01/2022 01:07:06TECNICA EMPLEADA : METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.

REALIZADO POR : DINA LUZ OROZCO OROZCO

ADOLFO LEON TROCHEZ ZULETA

Reg. 10547836/8916-9

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****160****FECHA 28/01/2022 10:16:02****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

REVISTA MEDICA

PACIENTE CON INFECCION VIRAL POR SARS COV 2, CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA REQUERIMIENTO DE VENTILACION MECANICA ANTE HIPOXEMIA SEVERA EN EL MOMENTO EN ESTRATEGIA PROTECTORA EN PRONO CON PSEUDOANALGESIA Y RELAJACION MUSCULAR CON 7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 82 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

REPORTE RADIOLOGICO MUY MARCADO CON OCUPACION EN LOS 4 CUADRANTES EVIDENCIADOS EN TACAR, PRONOSTICO AL MOMENTO MUY RESERVADO.

Evolución realizada por: ADOLFO LEON TROCHEZ ZULETA-**Fecha:** 28/01/22 10:16:24

ADOLFO LEON TROCHEZ ZULETA

Reg. 10547836/8916-9

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****162****FECHA 28/01/2022 10:56:28****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****INTERCONSULTAS**

INTERCONSULTA POR NUTRICION Y DIETETICA

Fecha de Orden: 28/01/2022 **Atendido****OBSERVACIONES**

TALLA ESTIMADA 1.70 MTS

PESO ESTIMADO 80 KG

RESULTADOS :

PACIENTE EN UCI-COVID/////FUENTE DE INFORMACION LA HISTORIA CLINICA, INTERCONSULTA Y EVALUACION////////

EVALUACION ANTROPOMETRICA: ESTIMADA, TALLA: 168 cm PESO:80 Kg IMC:28,3 Kg/m². CLINICAMENTE EN SOBREPESO. PESO AJUSTADO/IMC26: 73 Kg.

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES: REB: 1533 KCAL REA: 1836 KCAL

DX. NUTRICIONAL: SOBREPESO, A RIESGO DE DNT RELACIONADA CON ENFERMEDAD AGUDA.

EVOLUCION: PACIENTE HIPERCATABOLICO E HIPERMETABOLICO. CUARTO DIA DE HOSPITALIZACION. RECIBIO VÍA ORAL EL 24 Y 25-01-2022 SEGUN NOTAS DE ENFERMERIA. ////////// PREVIÓ AL INGRESO CC. DE MAS O MENOS 5 DIAS DE EVOLUCION, CONSISTENTE EN SINTOMAS RESPIRATORIOS LEVES, EL 22/01/2022 INFECCION POR SARS COV 2 POSITIVA, SE AISLO EN CASA, SIN OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA, PERO LA NOCHE ANTERIOR AL INGRESO A URGENCIAS PRESENTA FATIGA, SENSACION DE AHOGO Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR, POR LO QUE DECIDE CONSULTAR.///////// DX. MEDICO: IRA TIPO I, A DESCARTAR TEP, NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS, CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022 . ANTECEDENTE DE: DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUIERENTE, ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL. ////////// DISFUNCION PULMONAR SEVERA, EN PRONO. VENTILACION MECANICA INVASIVA ////////// TGI DISPONIBLE, CON Sonda OROGASTRICA////////

PARACLINICOS:

GLUCOMETRIA: 239 mg/dl

PCR:142,73 mg/l.

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

BUN:24 mg/dl, CREATININA:0,57 mg/dl.

LEUCOCITOS: 11030, LINFOCITOS: 480, Hb:13,8 g/dl. /////

CON INDICACION DE NUTRICIÓN ENTERAL POR Sonda con fórmula polimérica de alta densidad calórica, hiperproteica, modulada en carbohidratos. /////

PLAN NUTRICIONAL:

1. PREVIA ORDEN MEDICA INICIAR LA NUTRICIÓN ENTERAL POR Sonda OROGASTRICA CON GLUCERNA 1,5 A 12 CC/H, INCREMENTANDO 10 CC CADA 8 HORAS HASTA ALCANZAR 42 CC/H.
2. CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTE CON SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL POR Sonda
3. SEGUN EVOLUCION, TOLERANCIA, Y PREVIA ORDEN MEDICA, INCREMENTAR EL GLUCERNA 1.5 A 51 CC/H, PARA UN VOLUMEN TOTAL 1224 CC724H
4. SE HACE NO-POS DEL GLUCERNA 1,5 LPC X 1000 CC EN HOSVITAL Y EL MIPRES QUEDA EN LA CARPETA COMPARTIDA DE:
MIPRES----NUTRICION----GLORIA CHAVES.. FECHA Y HORA DE APLICACION:28/01/2022 19:57:27 REALIZADO POR : GLORIA PATRICIA CHAVES LOZADA



GLORIA PATRICIA CHAVES LOZADA

Reg. 31898150/362

NUTRICION Y DIETETICA

FIRMA MEDICO QUE REALIZA



MARLON ANDRES ORDOÑEZ BENAVIDES

Reg. 1085301044

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

163

FECHA 28/01/2022 12:16:21

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

SE ABRE FOLIO PARA REVISION DE HISTORIA CLINICA

Nota realizada por: NINI JOHANNA JIMENEZ GALLARDO Fecha: 28/01/22 12:16:22

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 84 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953**Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**NINI JOHANNA JIMENEZ GALLARDO**

Reg. 34319820/190668

ENFERMERIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****164****FECHA 28/01/2022 15:32:30****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****TERAPIAS****Cantidad****Descripción****Estado****1****TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL****Realizado**

PACIENTE QUIEN ES VALORADO Y ATENDIDO CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REGLAMETARIOS SEGUN CONTINGENCIA DE SARS COV-2 (GUANTES , TAPABOCAS N95, GORRO , MONOGAFAS , CARETA) Y SE REALIZA LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS ESTIPULADOS POR LOS PROTOCOS INSTITUCIONALES.

PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS, CON DIAGNOSTICOS MEDICOS ANOTADOS NE HISTORIA CLINICA, EN CRITICAS CONDICIONES GENERALES, EN EL MOMENTO CURSANDO CON SU PRIMER CICLO DE VENTILACION EN PRONO, CON SOPORTE VENTILATORIO TOT 7.5 C/B FIJO A 25 CM EN COMISURA LABIAL DERECHA, CON LOS SIGUIENTES PARAMETROS VENTILATORIAS: MODO: ACV, VT: 370 ML, FR: 28 RPM, PEEP: 12 CMH2O, FIO2: 500.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO FISIOTERAPEUTICO DE: ALTERACIONES DE LA VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN E INTERCAMBIO GASEOSO, CAPACIDAD AERÓBICA Y RESISTENCIA ASOCIADO CON DISFUNCIÓN DE LA BOMBA VENTILATORIA, CON SOPORTE VENTILATORIO MECANICO MODO ASISTIDO CONTROLADO CONTROLADO POR VOLUMEN.

EVALUACION: PACIENTE BAJO EFECTOS DE SEDOANALGECIA, CORAZON RITMICO, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, TORAX SIMETRICO, ,NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SINCRONICA CON EL VENTILADOR MECANICO A LA AUSCULTACION ENCUENTRO MURMULLO VESICULAR EN AMBOS CAMPOS PULMONARES MAS HIPOVENTILACIÓN BIBASAL, NO RUIDOS SOBREAGREGADOS, REALIZO MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL, LAVADO Y ASPIRACION SIN OBTENCION DE SECRECIONES POR TUBO OROTRAQUEAL Y MODERADA CANTIDAD DE SECRECIONES HIALINAS POR OROFARINGE, VIA AEREA ARTIFICIAL QUEDA PERMEABLE, SE VERIFICA LA PRESION DEL NEUMOTAPONADOR A 24 CMH2O, NO COMPLICACIONES, PACIENTE TOLERA LA TERAPIA DE MANERA ADECUADA.

EN EL MOMENTO SIN ACOMPAÑANTE A QUIEN INFORMAR Y EDUCAR SOBRE LA NATURALEZA Y OBJETIVOS DE LA TERAPIA, ASI COMO LOS RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES DERIVADAS DE ELLA, ADEMAS DEL RIESGO DE CAIDAS Y LESIONES DE PIEL.

REALIZADO POR: FABIAN SALOMON CHAVEZ

FECHA Y HORA DE APLICACION:28/01/2022 15:32:43 REALIZADO POR: FABIAN SALOMON CHAVEZ CARVALLO

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**FABIAN SALOMON CHAVEZ CARVALLO**

Reg. 1061741923

FISIOTERAPIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO 169 FECHA 28/01/2022 20:19:35 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

NOTA RETROSPECTIVA

---EVOLUCION UCI---

INTENSIVISTA DE TURNO: DR TROCHEZ ZULETA

MEDICO DE SALA: ANDRES ORDOÑEZ

PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD

DIAGNOSTICOS DE TRABAJO:

- . IRA TIPO I
- . A DESCARTAR TEP
- . NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS
- . CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022
- . ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUEIENTE
- . ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

CRITERIO DE INFECCION POR SARS-COV2:

- . CLINICO: CUADRO CLINICO DE 5 DIAS CON SINTOMAS RESPIRATORIOS LEVES, POR LO QUE EL 22/01/2022 DECIDE TOMAR PRUEBA DE INFECCION POR SARS COV 2, POSITIVA, QUE SE HA ENCONTRADO AISLADA EN CASA, SIN OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA, PERO REFIERE DESDE LA NOCHE INICIA CON FATIGA, SENSACION DE AHOGO Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR, POR LO QUE DECIDE CONSULTAR A URGENCIAS, INGRESA CON SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA Y DESATURACION.
- . MICROBIOLOGIA CON Ag SARS-COV2 22-01- 2022 POSITIVO.
- . PARACLINICOS: TROPONINA 0.010-0.006 - DIMERO D 70400 - PANEL VIRAL NEGATIVO

ANTIBIOTICOTERAPIA:

- . AMPICILINA SULBACTAM F.I. 26/01/22

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

. AZITROMICINA F.I. 26/01/22

OTROS MEDICAMENTOS:

. DEXAMETASONA FI 26/01/22

MICROBIOLOGIA:

. 26/01/22 HEMOCULTIVOS PEDIENTE DE REPORTESW DE PRELIMINARES

. 26/01/22 UROCULTIVO PEDIENTE DE REPORTE DE PRELIMINAR

. 26/01/22 CULTIVO DE SB PEDIENTE DE REPORTE DE PRELIMINAR

. 26/01/22 BACILOSCOPIA EN SECRECION BRONQUIAL NEGATIVA

EVENTOS

. ESTABILIDAD HEMODINAMICA.

. PRONO VIGIL CON COLABORCION PARCIAL

. NO FIEBRE

. DISFUNCION PULMONAR SEVERA HASTA LA MADRUGADA

. ELECTROLITOS NORMALES

REPORTE DE GASES ARTERIALES DE CONTROL EN LA TARDE:

EQUILIBRIO ACIDO BASE, INDICES DE OXIGENACION CON DISFUNCION PULMONAR MODERADA CON PFIO2 EN 166, LACTATO NORMAL.

EXAMEN FISICO

TA 100/60 – PAM 73 – FC 106 X MIN – FR 24 X MIN - TEMP 36,3°C

MUCOSAS HUMEDAS

ORL ASPECTO NORMAL

CUELLO LLENADO YUGULAR NORMAL

TORAX SIMETRICO SIN RETRACCIONES

PULMONES CON LEVE HIPOVENTILACION EN ACP, SIN SOBREALAGRADOS

CORAZON REGISTRO ELECTROCARDIOGRAFICO EN SINUSAL. NO SOPLOS

ABD BLANDO, NO DOLOROSO.

GU GENITALES EXTERNOS DE ASPECTO NORMAL. MICCION ESPONTANEA SIN CUANTIFICACION HASTA EL MOMENTO.

EXT SIMETRICAS SIN EDEMAS. PERFUSION DISTAL CON LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS Y PULSOS DISTALES ++/+++

SNC ALERTA, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. BIEN ORIENTADO.

ANALISIS Y JUSTIFICACION DE LAESTANCIA

PACIENTE CON INFECCION VIRAL MODERADA A GRAVE POR SARS.CO2 CON DETERIORO DE LA MECANICA VENTILATORIA, CON EVOLUCION ESTACIONARIA, CON REPORTE RADIOLOGICO CON OCUPACION EN LOS 4 CUADRANTES, SE SOLICITO VALORACION POR NUTRICION, PACIENTE Y CONTINUAR EL RESTO DEL MANEJO. MONITORIA UCI DADO POSIBILIDAD DE COLAPSO VENTILATORIO, PRONOSTICO RESERVADO.

NOTA: SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (BATA, UNIFORME ANTIFLUIDO, CARETA, MONOGAFAS, MASCARILLA Y GUANTES) , SE REALIZA ADEMAS DURANTE SU ATENCION LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS CORRESPONDIENTES, SEGUN

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 87 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953**Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

LINEAMIENTOS PROTOCOLARIOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES DEL MINISTERIO DE SALUD, POR CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA SARS-COV2.

Evolución realizada por: MARLON ANDRES ORDOÑEZ BENAVIDES-Fecha: 28/01/22 20:19:42**MARLON ANDRES ORDOÑEZ BENAVIDES**

Reg. 1085301044

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****170****FECHA 28/01/2022 20:20:34****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****RECOMENDACIONES**

INDICACIONES NUTRICIONALES

PLAN NUTRICIONAL:

1. PREVIA ORDEN MEDICA INICIAR LA NUTRICIÓN ENTERAL POR Sonda OROGASTRICA CON GLUCERNA 1,5 A 12 CC/H, INCREMENTANDO 10 CC CADA 8 HORAS HASTA ALCANZAR 42 CC/H.
2. CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTE CON SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL POR Sonda
3. SEGUN EVOLUCION, TOLERANCIA, Y PREVIA ORDEN MEDICA, INCREMENTAR EL GLUCERNA 1.5 A 51 CC/H, PARA UN VOLUMEN TOTAL 1224 CC724H
4. SE HACE NO-POS DEL GLUCERNA 1,5 LPC X 1000 CC EN HOSVITAL Y EL MIPRES QUEDA EN LA CARPETA COMPARTIDA DE: MIPRES----NUTRICION----GLORIA CHAVES.

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
720,00	1,00 LPC	GLUCERNA ALIMENTO ESPECIAL PARA PACIENTE S CON INTOLERANCIA A LA GLUCOSA 1.5 KCAL SUSPENSION 1000ML 1000 ML	OROGASTRICA	1 Hora	NUEVO

ADMINISTRAR 1224 CC EN 24 HORAS, POR Sonda OROGASTRICA. ALCANZAR PROGRESIVAMENTE EL VOLUMEN TOTAL SEGUN INDICACION DE NUTRICION

GLORIA PATRICIA CHAVES LOZADA

Reg. 31898150/362

NUTRICION Y DIETETICA



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 88 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 174 FECHA 29/01/2022 00:16:56 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

GASES ARTERIALES

EN EQUILIBRIO ACIDO BASE.

PAFI 121 DISFUNCION MODERADA

K 4.3 NA 144 CL 112 LACT 1.8 HIPERCLOREMIA

PLAN . CORRECCION ELECTROLITICA

LHORMIGA

Evolución realizada por: LUIS ANGEL HORMIGA PAZ-Fecha: 29/01/22 00:17:08

LUIS ANGEL HORMIGA PAZ

Reg. 10533153/3913/8

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 175 FECHA 29/01/2022 00:50:21 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 AMPOLLAS	OMEPRAZOL INFUSION IV POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUIR A SOL. INY. 40 MG 40 MG	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
18,00	6,00 VIAL	INSULINA GLULISINA PEN PRELLENADO EQ. A 300 UI SOL INYEC 100 UI/ML/3 ML (APIDR A SOLOSTAR) 100 UI	SUBCUTANEA	8 Horas	CONTINUAR
solso si glcumentrias superiro a 180					
1,00	1,00 FRASCO	INSULINA ZINC HUMANA (R) VIAL SOLUCION I NYECTABLE 100 UI/ML/10 ML. 100 UI	SUBCUTANEA	Ahora	CONTINUAR
APLICAR 25 UI SC					
1,00	1,00 AMPOLLAS	HEPARINA DE BAJO PESO (ENOXAPARINA) SOL INY 60 MG/0.6 ML 60 MG/0.6 ML	SUBCUTANEA	24 Horas	CONTINUAR
24,00	1,00 BOLSA	LACTATO DE HARTMAN SOL INY /500 ML 500	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 89 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

ML

50 CC H

6,00 6,00 AMPOLLAS AMIODARONA CLORHIDRATO SOL INY 150 MG/3 INTRA VENOSO 24 Horas CONTINUAR

ML 150MG/3ML

DOSIS 300 MG EN BOLO Y CONTINUAR 600 MG IV EN INFUSION PARA 24 HORAS

24,00 1,00 AMPOLLAS NOREPINEFRINA 4 MG/4ML SOLUCION INYECTAB INTRA VENOSO 1 Hora CONTINUAR

LE 4MG/ML

TAM 65-70MMHG

1,00 1,00 AMPOLLAS DEXAMETASONA SODIO FOSFATO SOL INY 8 M INTRA VENOSO 24 Horas CONTINUAR

G/2 ML 8 MG

6 MG EV DIA POR 10 DIAS PREVIA DESPARASITACION

8,00 2,00 AMPOLLAS AMPICILINA/SULBACTAM POL PARA RECONST A INTRA VENOSO 6 Horas CONTINUAR

SOL. INY. 1.5 G. 1.5 G

1,00 1,00 SOBRE AZITROMICINA TABLETA O TABLETA RECUBIERT ORAL 24 Horas CONTINUAR

A 500 MG 500 MG

24,00 1,00 AMPOLLAS CISATRACURIO SOL INY 10MG. 10 MG INTRA VENOSO 1 Hora CONTINUAR

PRONACION

48,00 2,00 AMPOLLAS FENTANILO CITRATO EQ. A FENTANILO SOLUCI INTRA VENOSO 1 Hora CONTINUAR

ON INYECTABLE 0.5 MG/10 ML 0.5MG/10ML

RASS - 3

288,00 12,00 AMPOLLAS MIDAZOLAM SOLUCION INYECTABLE 5 MG/5 ML INTRA VENOSO 1 Hora CONTINUAR

5 MG

RASS -3

720,00 1,00 LPC GLUCERNA ALIMENTO ESPECIAL PARA PACIENTE OROGASTRICA 1 Hora CONTINUAR

S CON INTOLERANCIA A LA GLUCOSA 1.5 KCAL

SUSPENSION 1000ML 1000 ML

ADMINISTRAR 1224 CC EN 24 HORAS, POR SONDA OROGASTRICA. ALCANZAR PROGRESIVAMENTE EL VOLUMEN TOTAL SEGUN INDICACION DE NUTRICION

3,00 1,00 CAJA CLORHEXIDINA DIACETATO O DIGLUCONATO ENJ BUCAL 8 Horas CONTINUAR

UAGUE BUCA NO APLICA

10 ML CADA 8 H INTUBADA

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 90 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**LUIS ANGEL HORMIGA PAZ**

Reg. 10533153/3913/8

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 178 **FECHA** 29/01/2022 03:59:03 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

FECHA: 28 DE ENERO DE 2021 SE REvisa HISTORIA CLINICA TURNO DE LA NOCHE

AUXILIAR DE NEFERMERIA DE AMS ADMINISTRA MEDICAMENTOS SEGUN ORDEN MEDICA Y SEGUN PROTOCOLO

SE SOLICITAN INSUMOS PARA 24 HORAS

SE COBRAN INSUMOS

Nota realizada por: ANGELA CAROLINA ROSADA MUÑOZ **Fecha:** 29/01/22 03:59:05**ANGELA CAROLINA ROSADA MUÑOZ**

Reg. 27453804/31069

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 179 **FECHA** 29/01/2022 06:04:07 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****TERAPIAS**

Cantidad	Descripción
1	<u>TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL</u>

Estado
Realizado

PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD

DIAGNOSTICOS DE TRABAJO:

. IRA TIPO I

. A DESCARTAR TEP

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 91 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

. NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS

. CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022

. ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUEIENTE

. ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

A LA EVALUACION PACIENTE BAJO SEDOANALGESIA, INTUBADO CON PARAMETRO00S DE PROTECCION PULMONAR CON SPO2 DE 95% FIO2 40% EN DECUBITO PRONO. SE REALIZA SESION DE TERAPIA RESPIRATORIA MEIDNATE ASPIRACION DE MODERADA CANTIDAD DE SECRECIONES MUCOIDES NO PURULENTAS POR TOT Y ABUDNNATES SECREICONES POR CAVIDAD ORAL. TOLERA TRATAMIENTO SIN COMPLICACIONES

INICIA 2 PRONO A LAS 05+00 DEL 29/01/2022

FT. IVAN DARIO CHAVARRO URRUTIA

FECHA Y HORA DE APLICACION:29/01/2022 06:04:29 REALIZADO POR: IVAN DARIO CHAVARRO URRUTIA

IVAN DARIO CHAVARRO URRUTIA

Reg. 1061705771/1903

FISIOTERAPIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****181****FECHA 29/01/2022 06:35:27****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

PACIENTE QUE DURANTE EL TURNO SE BRINDAN BIENESTAR Y CONFORT CUIDADOS DE ENFERMERIA SE REALIZAN CAMBIOS DE POSICION SE HIDRATA PIEL , SE IRRIGA SONTA NASOGASTRICA CON 40CC DE AGUA SIN DEJAR RESIDUO GASTRICO , SE ADMINISTRA TRATAMIENTO MEDICO POR PARTE DEL PERSONAL DE AMS , ELIMINA POR SONTA VESICAL NO HACE DEPOSICION , CON MANILLA Y TABLERO DE IDENTIFICACION PERSONAL.

Nota realizada por: LEIDY MARCELA ZAPATA HENAO Fecha: 29/01/22 06:35:29

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 92 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**LEIDY MARCELA ZAPATA HENAO**

Reg. 1112765556/1112

AUXILIAR DE ENFERMERIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****182****FECHA 29/01/2022 07:00:11****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****ORDENES DE LABORATORIO****Cantidad****Descripción****1**

ANTIBIOGRAMA (MIC) METODO AUTOMATICO

En proceso

sec bornquia

3

COLORACION PARA ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NIELSEN] Y LECTURA O BACILOSCOPIA *

En proceso

bk sriado

1

COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA

Realizado

sec bronq

COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA :MEMO Muestra (Sitio anatómico)::::

Secreción Bronquial

Resultado: No se observan microorganismos en la muestra examinada. -

FECHA Y HORA DE APLICACION:29/01/2022 10:47:46REALIZADO POR : MARIA VICTORIA SANABRIA JIMENEZ

1CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HEC **Realizado**

sec bornqu

CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA :NEGATIVO Secrecion bronquial

Resultado Informe Preliminar: 30/01/2022 Negativo a las 24 horas de incubación.

Resultado Informe Preliminar: 31/01/2022 Negativo a las 48 horas de incubación.

Resultado Informe Final: 01/02/2022 Negativo a las 72 horas de incubación.

FECHA Y HORA DE APLICACION:30/01/2022 12:39:50REALIZADO POR : JENNIFER RODRIGUEZ MEZA

LUIS ANGEL HORMIGA PAZ

Reg. 10533153/3913/8

MEDICINA GENERAL



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 93 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 186 FECHA 29/01/2022 08:51:16 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

CAMBIOS PASO REVISTA

Evolución realizada por: ARBEY RUANO GAVIRIA-Fecha: 29/01/22 08:51:21

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
6,00	6,00 AMPOLLAS	AMIODARONA CLORHIDRATO SOL INY 150 MG/3 ML 150MG/3ML	INTRAVENOSO	24 Horas	SUSPENDIDO
DOSIS 300 MG EN BOLO Y CONTINUAR	600 MG IV EN INFUSION PARA 24 HORAS				
24,00	1,00 AMPOLLAS	NOREPINEFRINA 4 MG/4ML SOLUCION INYECTAB LE 4MG/ML	INTRAVENOSO	1 Hora	SUSPENDIDO

TAM 65-70MMHG

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción
1	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L Realizado

MAÑANA

RECUENTO DE LEUCOCITOS :7.91 x10³/ 5 - 10

NEUTROFILOS % :90.20 % 40.3 - 74.8

LINFOCITOS % :5.70 % 12.2 - 47.1

MONOCITOS % :3.70 % 4.4 - 12.3

EOSINOFILOS % :0.00 % 0.01 - 4.4

BASOFILOS % :0.00 % 0.01 - 0.7

NEUTROFILOS Abs :7.14 x10³/ 1.82 - 7.42LINFOCITOS Abs :0.45 x10³/ 1.5 - 4MONOCITOS Abs :0.29 x10³/ 0.03 - 0.77EOSINOFILOS Abs :0.00 x10³/ 0.03 - 0.44BASOFILOS Abs :0.00 x10³/ 0.01 - 0.05RECUENTO DE ERITROCITOS :4.20 x10⁶/ 4.6 - 6.2

HEMATOCRITO :32.5 % 40 - 54

HEMOGLOBINA :11.80 g/dl 13.5 - 18

MCV :77.4 fl 86 - 96

MCH :28.1 pg 25 - 31

MCHC :36.3 g/dl 32 - 38

RDW :13.00 % 11 - 15

RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO :328 x10³/ 150 - 450

MPV :11.1

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 94 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaereo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

fl 6.4 - 13

RECUENTO DIFERENCIAL MANUAL :-

FECHA Y HORA DE APLICACION:30/01/2022 01:15:03TECNICA EMPLEADA : METODO: LASER SEMICONDUCTOR REALIZADO

POR : JORGE ARMANDO GARAY BARBOZA

2 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)**Pendiente**

TARDE Y NOCHE

1 NITROGENO UREICO (BUN)**Realizado**

MAÑANA

NITROGENO UREICO :26.3 mg/dl 8 - 23

FECHA Y HORA DE APLICACION:30/01/2022 01:15:03TECNICA EMPLEADA : METODO: UV CINETICO REALIZADO POR :

JORGE ARMANDO GARAY BARBOZA

1 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS**Realizado**

MAÑANA

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS :0.57 mg/dl 0.67 - 1.17

FECHA Y HORA DE APLICACION:30/01/2022 01:15:03TECNICA EMPLEADA : METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.

REALIZADO POR : JORGE ARMANDO GARAY BARBOZA

1 PROTEINA C REACTIVA PRUEBA SEMICUANTITATIVA**Realizado**

MAÑANA

PROTEINA C REACTIVA SEMIAUTOMATIZADO :75.71 mg/L 0.6 - 5

FECHA Y HORA DE APLICACION:30/01/2022 01:15:03TECNICA EMPLEADA : METODO: INMUNOTURBIDIMETRIA REALIZADO

POR : JORGE ARMANDO GARAY BARBOZA

ARBHEY RUANO GAVIRIA

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRITICO**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****187****FECHA 29/01/2022 12:30:48****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****FORMATOS**

LISTA DE VERIFICACION PARA PROCEDIMIENTO PIEL SANA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 95 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

Seleccione y actualice el plan de cuidado en su turno

TURNO

. [X]Mañana [X]Tarde [-]Noche

Riesgo de UPP según escala de Braden [-]SIN RIEGO [-]RIEGO BAJO [-]RIESGO MODERADO [X]RIESGO ALTO

Hidrata piel del paciente SI

Evita colonia o alcohol, sobre la piel SI

Uso de aceite de vaselina en prominencias óseas NO

Cambios de posición según protocolo SI

Elimina humedad excesiva SI

Evita baño en cama encharcado SI

Evita masajes en prominencias óseas y zonas de presión SI

Protección especial para zonas de riesgo (Cojines) SI

Evita antiséptico local para limpieza de úlceras SI

Evita curación oclusiva en zona de infección SI

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 188 **FECHA** 29/01/2022 14:16:10 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

Apertura de folio para chequeo de historia clínica, actualización de kardex.

Nota realizada por: ANA LEIDY SALAZAR CALDAS **Fecha:** 29/01/22 14:16:11

ANA LEIDY SALAZAR CALDAS

Reg. 34328554/5934

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 189 **FECHA** 29/01/2022 15:07:01 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

TERAPIAS

Cantidad	Descripción	Estado
1	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	Realizado

PACIENTE QUIEN ES VALORADO Y ATENDIDO CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REGLAMETARIOS SEGUN CONTINGENCIA DE SARS COV-2 (GUANTES , TAPABOCAS N95, GORRO , MONOGAFAS , CARETA) Y SE REALIZA LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS ESTIPULADOS POR LOS PROTOCOS INSTITUCIONALES.

PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS, CON DIAGNOSTICOS MEDICOS:

. IRA TIPO I

. A DESCARTAR TEP

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

- . NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS
- . CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022
- . ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUEIENTE
- . ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

EN CRITICAS CONDICIONES GENERALES, EN EL MOMENTO CURSANDO CON SU SEGUNDO CICLO DE VENTILACION EN PRONO, CON SOPORTE VENTILATORIO TOT 7.5 C/B FIJO A 25 CM EN COMISURA LABIAL DERECHA, CON LOS SIGUIENTES PARAMETROS VENTILATORIAS: MODO: ACV, VT: 370 ML, FR: 28 RPM, PEEP: 12 CMH2O, FIO2: 40.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO FISIOTERAPEUTICO DE: ALTERACIONES DE LA VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN E INTERCAMBIO GASEOSO, CAPACIDAD AERÓBICA Y RESISTENCIA ASOCIADO CON DISFUNCIÓN DE LA BOMBA VENTILATORIA, CON SOPORTE VENTILATORIO MECANICO MODO ASISTIDO CONTROLADO CONTROLADO POR VOLUMEN.

EVALUACION: PACIENTE BAJO EFECTOS DE SEDOANALGESIA, CORAZON RITMICO, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, TORAX SIMETRICO, ,NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SINCRONICA CON EL VENTILADOR MECANICO A LA AUSCULTACION ENCUENTRO MURMULLO VESICULAR EN AMBOS CAMPOS PULMONARES MAS HIPOVENTILACIÓN BIBASAL, NO RUIDOS SOBREAGREGADOS, REALIZO MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL, LAVADO Y ASPIRACION ESCASA CANTIDAD DE SECRECIONES MUCOIDES POR TUBO OROTRAQUEAL Y ABUNDANTE CANTIDAD DE SECRECIONES HIALINAS POR OROFARINGE, VIA AEREA ARTIFICIAL QUEDA PERMEABLE, SE VERIFICA LA PRESION DEL NEUMOTAPONADOR A 24 CMH2O, NO COMPLICACIONES, PACIENTE TOLERA LA TERAPIA DE MANERA ADECUADA.

EN EL MOMENTO SIN ACOMPAÑANTE A QUIEN INFORMAR Y EDUCAR SOBRE LA NATURALEZA Y OBJETIVOS DE LA TERAPIA, ASI COMO LOS RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES DERIVADAS DE ELLA, ADEMAS DEL RIESGO DE CAIDAS Y LESIONES DE PIEL.

REALIZADO POR: FABIAN SALOMON CHAVEZ

FECHA Y HORA DE APLICACION:29/01/2022 15:07:11 REALIZADO POR: FABIAN SALOMON CHAVEZ CARVALLO

FABIAN SALOMON CHAVEZ CARVALLO

Reg. 1061741923

FISIOTERAPIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO**

191

FECHA 29/01/2022 15:50:54**TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

---EVOLUCION UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS---

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD

DIAGNOSTICOS DE TRABAJO:

- . INSUFICIENCIA RESIRATORIA AGUDA TIPO I
- . SOSPECHA DE TEP
- . NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMINIDAD CURB 65: 2 PUNTOS
- . CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022
- . ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUEIENTE
- . ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

CRITERIO DE INFECCION POR SARS-COV2:

- . CLINICO: CUADRO CLINICO DE 5 DIAS CON SINTOMAS RESPIRAORITOS
- . MICROBIOLOGIA CON Ag SARS-COV2 22-01- 2022 POSITIVO.
- . PARACLINICOS: TROPONINA 0.010-0.006 - DIMERO D 70400 - PANEL VIRAL NEGATIVO

ANTIBIOTICOTERAPIA:

- . AMPICILINA SULBACTAM F.I. 26/01/22
- . AZITROMICINA F.I. 26/01/22

OTROS MEDICAMENTOS:

- . DEXAMETASONA FI 26/01/22

MICROBIOLOGIA:

- . 26/01/22 CULTIVO DE SECRECION BRONQUIAL EN PROCESO
- . 26/01/22 GRAM DE SECRECION BRONQUIAL: REACCION LEUCOCITARIA ESCASA, NO MICROORGANISMOS
- . 26/01/22 HEMOCULTIVOS 1-2-3 NEGATIVOS A LAS 48 HORAS
- . 26/01/22 UROCULTIVO NEGATIVO
- . 26/01/22 BACILOSCOPIA EN SECRECION BRONQUIAL NEGATIVA

EVENTOS

- . ESTABILIDAD HEMODINAMICA.
- . PRONO VIGIL CON COLABORCION PARCIAL
- . NO FIEBRE
- . DISFUNCION PULMONAR SEVERA HASTA LA MADRUGADA
- . ELECTROLITOS NORMALES

REPORTE DE GASES ARTERIALES DE CONTROL EN LA TARDE:

EQUILIBRIO ACIDO BASE, INDICES DE OXIGENACION CON DISFUNCION PULMONAR MODERADA CON PFIO2 EN 166, LACTATO NORMAL.

EXAMEN FISICO

TA 134/77 – PAM 100 – FC 106 X MIN – FR 24 X MIN - TEMP 36,3°C

ORL TOT , SNG NUTRICION BIEN TOLERADA.

CUELLO LLENADO YUGULAR NORMAL

7J.0 *HOSVITAL*

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 98 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

TORAX SIMETRICO SIN RETRACCIONES, CVC SUBCLAVIO DERECHO SIN SANGRADO NI SECRECIONES
PULMONES CON LEVE HIPOVENTILACION EN ACP, SIN SOBREALAGRADOS VMI MODO AC VT 370 FIO2: 40% PEEP 12 PPICO 31 P MEDIA 17, P
PLATEAU 26 – DRIVING PRESSURE 14 – DISTENSIBILIDAD DINAMICA 18 – DISTENSIBILIDAD ESTATICA 23
CORAZON REGISTRO ELECTROCARDIOGRAFICO EN SINUSAL. NO SOPLOS
ABD BLANDO, NO VALORABLE POR PRONACION.
GU GENITALES EXTERNOS DE ASPECTO NORMAL. DIURESIS 1630 CC EN 24 HORAS
EXT SIMETRICAS SIN EDEMAS. PERFUSION DISTAL CON LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS Y PULSOS DISTALES ++/++++
SNC RASS -4

ANALISIS Y JUSTIFICACION DE LA ESTANCIA

PACIENTE EN CONTEXTO DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, SECUNDARIA A NEUMONIA VIRAL POR SARS COV 2, EL DIA DE AYER
POR COLAPSO VENTILATORIO REQUIRIO DE ITO, EN EL MOMENTO BAJO VENTILACION MECANICA INVASIVA, POR HIPOXEMIA MARCADA SE
INICIO PRIMER CICLO DE PRONACION CON INDICACION DE SER LLEVADO A 18 HORAS, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE SIN SOPORTE
VASOACTIVO, NO HAY REGISTRO DE F.A SE SUSPENDE AMIODORONA. A NIVEL INFECCIOSO SIN REGISTRO DE FIEBRE, MODULANDO
RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, EN PAUTA ANTIBIOTICA ESTABLECIDA, CON REPORTE DE POLICUTIVOS NEGATIVOS HASTA EL
MOMENTO. PACIENTE EN CONDICION CRITICA ALTO RIESGO DE DETERIORO HEMODINAMICO Y RESPIRATORIO, FAMILIARES AMPLIAMENTE
INFORMADOS.

PLAN:

MONITORIA EN UCI

SUSPENDER AMIODORONA

- SS: GASES ARTERIALES + ELECTROLITOS EN LA TARDE Y PARA MAÑANA

- SS: CR, CH, BUN, PCR, PARA MAÑANA-

NOTA: SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (BATA, UNIFORME ANTIFLUIDO, CARETA, MONOGAFAS, MASCARILLA
Y GUANTES), SE REALIZA ADEMAS DURANTE SU ATENCION LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS CORRESPONDIENTES, SEGUN LINEAMIENTOS
PROTOCOLARIOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES DEL MINISTERIO DE SALUD, POR CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA SARS-COV2.

EDWIN GUADIR MD SALA RM 1144065751

Evolución realizada por: ARBEY RUANO GAVIRIA-Fecha: 29/01/22 16:02:56**ARBEY RUANO GAVIRIA**

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****193****FECHA 29/01/2022 17:12:49****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION**

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 99 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**EVOLUCIÓN MÉDICO**

REPORTE DE GASES ARTERIALES

ALCALOSIS RESPIRATORIA

DISFUNCION PULMONAR MODERDA

HIPERNATREMIA LEVE

LACTATO NORMAL

PLAN: IGUALES ORDENES MEDICAS

Evolución realizada por: ARBEY RUANO GAVIRIA-Fecha: 29/01/22 17:12:55**ARBEY RUANO GAVIRIA**

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 194 **FECHA** 29/01/2022 18:04:03 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

queda Paciente respiratoria masculino de 68 años de edad que se encuentra en la unidad monitorizado como uci con tubo orotraqueal conectado a ventilación mecánica con fio2 del 40% con sonda orogastrica permeable pasando nutrición enteral glucerna a 12cc/h la cual deja un residuo gástrico de 40cc se le irriga la sonda con 40cc de agua con cateter yugular derecho permeable sin signos de infección permeables por el primer lumen permeable pasando cisatracurio a 10cc/h por el segundo lumen permeable pasando fentanil a 13cc/h y goteo de midazolan a 13cc/h por el tercer lumen permeable pasando un goteo de hartman a 60cc/h y medicamentos con horario, con linea arterial radial izquierda permeable con buen retorno y curva de presión arterial, paciente en posición prono el cual que durante la tarde se le libera presión se le brindan cuidados de enfermería medidas de confort, e hidratación de la piel, a la valoración de la piel se observa edema y equimosis en miembros superiores zonas de presión en frente y mentón por la pronacion el resto de piel integra, se le realiza su higiene cepillado con crema y enjuague con clorhexidina, se le realiza su higiene cepillado con crema y enjuague con clorhexidina se le realiza control de líquidos administrados y eliminados, control hemodinamico, elimina por sonda vesical conectada a cistoflow adecuadamente no hace deposiciones; por orden medica se toman gases de control sin complicación, se verifica manilla y tablero de identificación paciente atendido con todos los elementos de bioseguridad.

Nota realizada por: ARELI LICED IPIA ZUÑIGA Fecha: 29/01/22 18:04:05

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 100 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953**Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**ARELI LICED IPIÁ ZUÑIGA**

Reg. 197782

AUXILIAR DE ENFERMERIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****200****FECHA 29/01/2022 23:22:03****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****TERAPIAS****Cantidad****Descripción****Estado****1****TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL****Realizado**

NOTA RETROSPECTIVA HORA 23+00 HRS

PACIENTE CON DIAGNOSTICO MEDICO ANOTADO, QUIEN SE ENCUENTRA EN POSICION SUPINO, CABECERA 45°, CON SOPORTE VENTILATORIO MECANICO MODO AC VT 370 FR 28 FIO2 40% PEEP 12 SPO2 94% A LA AUSCULTACION MURMULLO VESICULAR PRESENTE, SIN SOBREGREGADOS, SE REALIZAN MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL, LAVADO Y ASPIRACION DE MODERADA CANTIDAD DE SECRESIONES MUCOIDES POR TOT Y MODERADAS HIALINAS POR OROFARINGE. A LAS 23+00 HRS SE REALIZA SUPINACION SE VERIFICA PRESION DE NUOTAPONADOR: 24 CM DE H2O., VIA AEREA ARTIFICIAL PERMEABLE SE CAMBIA FIJACION DE TUBO SE DEJA IGUAL PUNTI FIJO SIN COMPLICACIONES ,Y SE TOMA MUESTRA DE SECRECION BRONQUIAL CON TRAMPA DE LUCKENS PARA BK SERIADO#3 EL ANTERIOR PROCEDIMIENTO SE REALIZA CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, ENTREGADOS POR LA INSTITUCION, PARA LA ATENCION DE PACIENTE EN CONDICION DE PANDEMIA, CON POSTERIOR LAVADO DE MANOS EN SUS CINCO MOMENTOS. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES

FECHA Y HORA DE APLICACION:29/01/2022 23:35:56 REALIZADO POR: ANGELA MARCELA FERNANDEZ BOLANOS

ANGELA MARCELA FERNANDEZ BOLANOS

Reg. 1061687665/19-0

FISIOTERAPIA



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 101 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 204 FECHA 30/01/2022 01:44:38 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

SE SOLICITAN INSUMOS Y MEDICAMENTOS PARA 24 HRS

Nota realizada por: MARIA EUGENIA MENESES MENESES Fecha: 30/01/22 01:44:40

MARIA EUGENIA MENESES MENESES

Reg. 1058967339/1058

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 205 FECHA 30/01/2022 02:28:01 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 AMPOLLAS	OMEPRAZOL INFUSION IV POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUIR A SOL. INY. 40 MG 40 MG	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
18,00	6,00 VIAL	INSULINA GLULISINA PEN PRELLENADO EQ. A 300 UI SOL INYEC 100 UI/ML/3 ML (APIDR A SOLOSTAR) 100 UI	SUBCUTANEA	8 Horas	CONTINUAR
solso si glcumentrias superiro a 180					
1,00	1,00 FRASCO	INSULINA ZINC HUMANA (R) VIAL SOLUCION I NYECTABLE 100 UI/ML/10 ML. 100 UI	SUBCUTANEA	Ahora	CONTINUAR
APLICAR 25 UI SC					
1,00	1,00 AMPOLLAS	HEPARINA DE BAJO PESO (ENOXAPARINA) SOL INY 60 MG/0.6 ML 60 MG/0.6 ML	SUBCUTANEA	24 Horas	CONTINUAR
24,00	1,00 BOLSA	LACTATO DE HARTMAN SOL INY /500 ML 500 ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
50 CC H					
1,00	1,00 AMPOLLAS	DEXAMETASONA SODIO FOSFATO SOL INY 8 M G/2 ML 8 MG	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 102 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

6 MG EV DIA POR 10 DIAS PREVIA DESPARASITACION

8,00	2,00 AMPOLLAS	AMPICILINA/SULBACTAM POL PARA RECONST A SOL. INY. 1.5 G. 1.5 G	INTRAVENOSO	6 Horas	CONTINUAR
------	---------------	---	-------------	---------	-----------

1,00	1,00 SOBRE	AZITROMICINA TABLETA O TABLETA RECUBIERT A 500 MG 500 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
------	------------	---	------	----------	-----------

24,00 PRONACION	1,00 AMPOLLAS	CISATRACURIO SOL INY 10MG. 10 MG	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
--------------------	---------------	----------------------------------	-------------	--------	-----------

48,00	2,00 AMPOLLAS	FENTANILO CITRATO EQ. A FENTANILO SOLUCI ON INYECTABLE 0.5 MG/10 ML 0.5MG/10ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
-------	---------------	---	-------------	--------	-----------

RASS - 3

288,00	12,00 AMPOLLAS	MIDAZOLAM SOLUCION INYECTABLE 5 MG/5 ML 5 MG	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
--------	----------------	---	-------------	--------	-----------

RASS -3

720,00	1,00 LPC	GLUCERNA ALIMENTO ESPECIAL PARA PACIENTE S CON INTOLERANCIA A LA GLUCOSA 1.5 KCAL SUSPENSION 1000ML 1000 ML	OROGASTRICA	1 Hora	CONTINUAR
--------	----------	---	-------------	--------	-----------

ADMINISTRAR 1224 CC EN 24 HORAS, POR SONDA OROGASTRICA. ALCANZAR PROGRESIVAMENTE EL VOLUMEN TOTAL SEGUN INDICACION DE NUTRICION

3,00	1,00 CAJA	CLORHEXIDINA DIACETATO O DIGLUCONATO ENJ UAGUE BUCA NO APLICA	BUCAL	8 Horas	CONTINUAR
------	-----------	--	-------	---------	-----------

10 ML CADA 8 H INTUBADA

ARBEY RUANO GAVIRIA

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 206 FECHA 30/01/2022 02:30:32 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO

Cantidad

Descripción

6 GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]

Pendiente

FORMULA MÉDICA

Cantidad

Dosis

Descripción

Vía

Frecuencia

Acción

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 103 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

1,00	1,00 AMPOLLAS	OMEPRAZOL INFUSION IV POLVO LIOFILIZADO	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
		PARA RECONSTITUIR A SOL. INY. 40 MG 40			
		MG			

ARBEY RUANO GAVIRIA

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 208 **FECHA** 30/01/2022 05:28:39 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

Paciente masculino de 68 años de edad en la unidad hemodinamicamente estable con escala neurológica de 3/15 con tubo orotraqueal conectado a ventilación mecánica saturando adecuadamente continua con sonda nasogastrica por la cual recibe nutrición a 24cc hora con adecuada tolerancia tiene catéter venoso central no tiene signos de infección por el cual recibe su medicación y goteos ordenados se realizan cambios de prsion ya que el paciente esta en ciclo de ponacion en piel tiene edema y equimosis en extremidades superiores por punciones anteriores resto de piel integra se realiza higiene oral con crema dental y cepillo mas enjuague con clorexhidina tiene cavidad oral sana elimina por sonda vesical queda con protocolo de identificación y riesgos .

Nota realizada por: JHON PEREZ VARGAS Fecha: 30/01/22 05:28:42**JHON PEREZ VARGAS**

Reg. 18162959

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 209 **FECHA** 30/01/2022 05:35:53 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****TERAPIAS**

Cantidad	Descripción	Estado
----------	-------------	--------

1	<u>TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL</u>	Realizado
---	--------------------------------------	-----------

NOTA RETROSPECTIVA HORA 05+45 HRS



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 104 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

PACIENTE CON DIAGNOSTICO MEDICO ANOTADO, QUIEN SE ENCUENTRA EN POSICION SUPINO, CABECERA 45°, CON SOPORTE VENTILATORIO MECANICO MODO AC VT 370 FR 28 FIO2 40% PEEP 12 SPO2 94% A LA AUSCULTACION MURMULLO VESICULAR PRESENTE, SIN SOBREGREGADOS, SE REALIZAN MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL, LAVADO Y ASPIRACION DE MODERADA CANTIDAD DE SECRESIONES MUCOIDES POR TOT Y MODERADAS HIALINAS POR OROFARINGE. SE VERIFICA PRESION DE NUOMETAPONADOR: 24 CM DE H2O., VIA AEREA ARTIFICIAL PERMEABLE FIJACION DE TUBO INDEMNE SE DEJA IGUAL PUNTI FIJO A LAS 05+00 HRS SE INCIO CICLO DE PRONACION SIN COMPLICACIONES, EL ANTERIOR PROCEDIMIENTO SE REALIZA CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, ENTREGADOS POR LA INSTITUCION, PARA LA ATENCION DE PACIENTE EN CONDICION DE PANDEMIA, CON POSTERIOR LAVADO DE MANOS EN SUS CINCO MOMENTOS. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES
FECHA Y HORA DE APLICACION:30/01/2022 05:41:35 REALIZADO POR: ANGELA MARCELA FERNANDEZ BOLANOS

ANGELA MARCELA FERNANDEZ BOLANOS

Reg. 1061687665/19-0

FISIOTERAPIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 213 FECHA 30/01/2022 09:02:51 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

CAMBIOS REVISTA MEDICA UCI / DR ARBEY RUANO

Evolución realizada por: ARBEY RUANO GAVIRIA-Fecha: 30/01/22 09:02:56

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 FRASCO	INSULINA ZINC HUMANA (R) VIAL SOLUCION I NYECTABLE 100 UI/ML/10 ML. 100 UI	SUBCUTANEA	Ahora	SUSPENDIDO

APLICAR 25 UI SC

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción
1	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L Realizado

CONTROL MAÑANA

RECUENTO DE LEUCOCITOS :9.41 x10³/ 5 - 10

NEUTROFILOS % :89.90 % 40.3 - 74.8

LINFOCITOS % :4.00 % 12.2 - 47.1

MONOCITOS % :5.60 % 4.4 - 12.3

EOSINOFILOS % :0.00 % 0.01 - 4.4

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

BASOFILOS % :0.10 % 0.01 - 0.7

NEUTROFILOS Abs :8.45 $\times 10^3/$ 1.82 - 7.42LINFOCITOS Abs :0.38 $\times 10^3/$ 1.5 - 4MONOCITOS Abs :0.53 $\times 10^3/$ 0.03 - 0.77EOSINOFILOS Abs :0.00 $\times 10^3/$ 0.03 - 0.44BASOFILOS Abs :0.01 $\times 10^3/$ 0.01 - 0.05RECuento DE ERITROCITOS :4.16 $\times 10^6/$ 4.6 - 6.2

HEMATOCRITO :32.0 % 40 - 54

HEMOGLOBINA :11.60 g/dl 13.5 - 18

MCV :76.9 fl 86 - 96

MCH :27.9 pg 25 - 31

MCHC :36.3 g/dl 32 - 38

RDW :13.20 % 11 - 15

RECuento DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO :321 $\times 10^3/$ 150 - 450

MPV :11.5

fl 6.4 - 13

RECuento DIFERENCIAL MANUAL :- -

FECHA Y HORA DE APLICACION:31/01/2022 01:51:39TECNICA EMPLEADA : METODO: LASER SEMICONDUCTOR REALIZADO

POR : JORGE ARMANDO GARAY BARBOZA

2 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)**Pendiente**

EN LA TARDECONTROL MAÑANA

1 NITROGENO UREICO (BUN)**Realizado**

CONTROL MAÑANA

NITROGENO UREICO :26.8 mg/dl 8 - 23

FECHA Y HORA DE APLICACION:31/01/2022 02:32:30TECNICA EMPLEADA : METODO: UV CINETICO REALIZADO POR :

ELKIN MARIO BARRIOS

1 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS**Realizado**

CONTROL MAÑANA

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS :0.54 mg/dl 0.67 - 1.17

FECHA Y HORA DE APLICACION:31/01/2022 02:32:30TECNICA EMPLEADA : METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.

REALIZADO POR : ELKIN MARIO BARRIOS

1 PROTEINA C REACTIVA PRUEBA SEMICUANTITATIVA**Realizado**

CONTROL MAÑANA

PROTEINA C REACTIVA SEMIAUTOMATIZADO :37.45 mg/L 0.6 - 5

FECHA Y HORA DE APLICACION:31/01/2022 02:32:30TECNICA EMPLEADA : METODO: INMUNOTURBIDIMETRIA REALIZADO

POR : ELKIN MARIO BARRIOS



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 106 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

ARBHEY RUANO GAVIRIA

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

216

FECHA 30/01/2022 14:28:42

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

TERAPIAS

Cantidad

Descripción

Estado

1

TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL

Realizado

PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD

DIAGNOSTICOS DE TRABAJO:

. INSUFICIENCIA RESIRATORIA AGUDA TIPO I

. SOSPECHA DE TEP

. NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMINIDAD CURB 65: 2 PUNTOS

. CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022

. ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUEIENTE

. ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

RECIBO PACIENTE PRONADO CONECTADO A VENTILADOR MECANICO MODO AC: VT: 370; FIO2 30%, PEEP DE 12, FR EN 28 SATURANDO ADECUADAMENTE, PACIENTE ACOPLADO A EL VENTILADOR, SE REALIZAN MANIOBRAS DE HIGUIENE BRONQUIAL A TRAVES DE ASPIRACION CON SISTEMA CERRADO DE SUCCION OBTENIENDO SECRESIONES MUCOHIALINAS EN MODERADA CANTIDAD, ASPIRACION POR OROFARINGE OBTENIENDO SECRESIONES HIALINAS EN MODERADA CANTIDAD, SE VERIFICA PRESION DEL NEUMOTAPONADOR, EN COMPAÑIA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SE REALIZA LIBERACION DE PRESION Y CAMBIO DE POSION, SE VERIFICA ZONAS DE PRESION SE ENCUENTRE EN LIBRES EN CARA OJOS, NARIZ Y BOCA) SE VERIFICA QUE EL TUBO NO SE ENCUENTRE EMBOQUILLADO NI CODADO, NO COMPLICACIONES.

SE ROTULA LA TRAMPA DE LUKENS PARA LA TOMA DE PCR PARA SARS COV2 Y SE ENTREGA EN LABOARTORIO.

SE ATIENDE CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (TAPABOCAS N95, GORRO, MONOGAFAS, BATA ANTIFLUIDO, CARETA, GUANTES) SEGUN LINEAMENTOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES, BAJO CONTEXTO DE

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 107 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953**Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

PANDEMIA COVID 19. MAS LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS.

FT. CAROLINA BARRANTES

FECHA Y HORA DE APLICACION:30/01/2022 14:29:19 REALIZADO POR: JENNY CAROLINA BARRANTES PARDO

JENNY CAROLINA BARRANTES PARDO

Reg. 1061731761/19-0

FISIOTERAPIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****219****FECHA 30/01/2022 16:05:23****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

SE REVISAR HISTORIA CLINICA PARA MANEJO MEDICO ESTABLECIDO A MS , MEDICAMENTOS ADMON POR PARTE DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA,BAJO SUPERVICION ,PACIENTES CON MANILLA Y TABLERO DE IDENTIFICACION CON RESPECTIVO STICKER DE RIESGO.SE ATIENDE CON ELEMENTOS DE PROTECCION, LAVADO DE MANOS Y PAUTAS DE BUENA PRACTICA ORDENADOS DE FORMA INSTITUCIONAL Y GUBERNAMENTALES

Nota realizada por: SANDRA MUÑOZ CIFUENTES Fecha: 30/01/22 16:05:25**SANDRA MUÑOZ CIFUENTES**

Reg. 34560880/8586

ENFERMERIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****221****FECHA 30/01/2022 17:14:16****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

---EVOLUCION UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS---

PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD

DIAGNOSTICOS DE TRABAJO:

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

- . INSUFICIENCIA RESIRATORIA AGUDA TIPO I
- . SOSPECHA DE TEP
- . NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMINIDAD CURB 65: 2 PUNTOS
- . CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022
- . ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUEIENTE
- . ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

CRITERIO DE INFECCION POR SARS-COV2:

- . CLINICO: CUADRO CLINICO DE 5 DIAS CON SINTOMAS RESPIRAORITOS
- . MICROBIOLOGIA CON Ag SARS-COV2 22-01- 2022 POSITIVO.
- . PARACLINICOS: TROPONINA 0.010-0.006 - DIMERO D 70400 - PANEL VIRAL NEGATIVO

ANTIBIOTICOTERAPIA:

- . AMPICILINA SULBACTAM F.I. 26/01/22
- . AZITROMICINA F.I. 26/01/22

OTROS MEDICAMENTOS:

- . DEXAMETASONA FI 26/01/22

MICROBIOLOGIA:

- . 26/01/22 CULTIVO DE SECRECION BRONQUIAL EN PROCESO
- . 26/01/22 GRAM DE SECRECION BRONQUIAL: REACCION LEUCOCITARIA ESCASA, NO MICROORGANISMOS
- . 26/01/22 HEMOCULTIVOS 1-2-3 NEGATIVOS A LAS 48 HORAS
- . 26/01/22 UROCULTIVO NEGATIVO
- . 26/01/22 BACILOSCOPIA EN SECRECION BRONQUIAL NEGATIVA

EVENTOS

- . ESTABILIDAD HEMODINAMICA.
- . PRONO VIGIL CON COLABORCION PARCIAL
- . NO FIEBRE
- . DISFUNCION PULMONAR SEVERA HASTA LA MADRUGADA
- . ELECTROLITOS NORMALES

REPORTE DE GASES ARTERIALES DE CONTROL EN LA TARDE:

EQUILIBRIO ACIDO BASE, INDICES DE OXIGENACION CON DISFUNCION PULMONAR MODERADA CON PFI02 EN 166, LACTATO NORMAL.

EXAMEN FISICO

TA 120/60 – PAM 88 – FC 68 X MIN – FR 20 X MIN - TEMP 36°C

ORL TOT , SNG NUTRICION BIEN TOLERADA.

CUELLO LLENADO YUGULAR NORMAL

TORAX SIMETRICO SIN RETRACCIONES, CVC SUBCLAVIO DERECHO SIN SANGRADO NI SECRECIONES

PULMONES CON LEVE HIPOVENTILACION EN ACP, SIN SOBREGREADOS VMI MODO AC VT 370 FIO2: 30% PEEP 12 PPICO 38 P MEDIA 17

CORAZON REGISTRO ELECTROCARDIOGRAFICO EN SINUSAL. NO SOPLOS

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 109 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

ABD BLANDO, NO VALORABLE POR PRONACION.

GU GENITALES EXTERNOS DE ASPECTO NORMAL. DIURESIS 1390 CC EN 24 HORAS

EXT SIMÉTRICAS SIN EDEMAS. PERFUSION DISTAL CON LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS Y PULSOS DISTALES ++/++++

SNC RASS -5

ANÁLISIS Y JUSTIFICACIÓN DE LA ESTANCIA

PACIENTE EN CONTEXTO DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, SECUNDARIA A NEUMONIA VIRAL POR SARS COV 2, POR COLAPSO VENTILATORIO REQUIRIÓ DE ITO, EN EL MOMENTO BAJO VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA, POR HIPOXEMIA MARCADA HOY SE INICIO 3 CICLOS DE PRONACIÓN EL CUAL TERMINA A LAS 11 PM, ÚLTIMA PAFI 148 EN ASCENSO, ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE SIN SOPORTE VASOACTIVO, RITMO SINUSAL, A NIVEL INFECCIOSO SIN REGISTRO DE FIEBRE, MODULANDO RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, LEUCOCITOSIS + NEUTROFILIA EN DESCENSO, EN PAUTA ANTIBIÓTICA ESTABLECIDA, CON REPORTE DE POLICUTIVOS NEGATIVOS HASTA EL MOMENTO. PACIENTE EN CONDICIÓN CRÍTICA ALTO RIESGO DE DETERIORO HEMODINÁMICO Y RESPIRATORIO, FAMILIARES AMPLIAMENTE INFORMADOS, SE DA INFORMACIÓN A SRA ALICIA SANDOVAL.

PLAN:

MONITORIA EN UCI

CONTINUA IGUAL MANEJO MÉDICO ESTABLECIDO

- SS: GASES ARTERIALES + ELECTROLITOS EN LA TARDE Y PARA MAÑANA

- SS: CR, CH, BUN, PCR, PARA MAÑANA

NOTA: SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (BATA, UNIFORME ANTIFLUIDO, CARETA, MONOGAFAS, MASCARILLA Y GUANTES), SE REALIZA ADemás DURANTE SU ATENCIÓN LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS CORRESPONDIENTES, SEGÚN LINEAMIENTOS PROTOCOLARIOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES DEL MINISTERIO DE SALUD, POR CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA SARS-COV2.

MD SALA: JOHANA DIAZ RM 1085328083

Evolución realizada por: ARBEY RUANO GAVIRIA-Fecha: 30/01/22 17:15:31**ARBEY RUANO GAVIRIA**

Reg. 76325889/194409

CUIDADO CRÍTICO**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 223 **FECHA** 30/01/2022 18:51:40 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACIÓN****NOTAS ENFERMERÍA**

paciente que durante el día se realizan actividades de enfermería se brindan medidas de bienestar y confort paciente en prono se libera presión, se hidrata piel, continúa con sonda nasogastrica pasando nutrición enteral se irriga cada cuatro horas con 40cc de agua con escaso residuo gástrico, elimina

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

por sonda vesical hace deposición, se administra tratamiento médico ordenado por parte del
persona de ams, paciente con tablero y manilla de identificación personal.

Nota realizada por: LEIDY MARCELA ZAPATA HENAO Fecha: 30/01/22 18:51:43

Leidy Marcela Zapata Heno

LEIDY MARCELA ZAPATA HENAO

Reg. 1112765556/1112

AUXILIAR DE ENFERMERIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 226 **FECHA** 30/01/2022 20:28:19 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****TERAPIAS**

Cantidad	Descripción	Estado
1	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	Realizado

HIGIENE BRONQUIAL:

PACIENTE QUIEN ES VALORADO Y ATENDIDO CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REGLAMETARIOS SEGUN CONTINGENCIA DE SARS COV-2 (GUANTES , TAPABOCAS N95, GORRO , MONOGAFAS , CARETA) Y SE REALIZA LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS ESTIPULADOS POR LOS PROTOCOS INSTITUCIONALES.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO FISIOTERAPEUTICO DE: ALTERACIONES DE LA VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN E INTERCAMBIO GASEOSO, CAPACIDAD AERÓBICA Y RESISTENCIA ASOCIADO CON DISFUNCIÓN DE LA BOMBA VENTILATORIA, CON SOPORTE VENTILATORIO MECANICO MODO ASISTIDO CONTROLADO CONTROLADO POR VOLUMEN, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SINCRONICO CON EL VENTILADOR MECANICO A LA AUSCULTACION ENCUENTRO MURMULLO VESICULAR EN AMBOS CAMPOS PULMONARES MAS HIPOVENTILACIÓN BIBASAL, NO RUIDOS SOBREAGREGADOS, REALIZO MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL, LAVADO Y ASPIRACION DE MODERADA CANTIDAD DE SECRECIONES MUCOIDES POR TUBO OROTRAQUEAL, NASO Y OROFARINGE,VIA AEREA ARTIFICIAL QUEDA PERMEABLE, SE VERIFICA LA PRESION DEL NEUMOTAPONADOR A 24 CMH2O, SE DEJA CABECERA A 45 GRADOS, NO COMPLICACIONES, PACIENTE TOLERA LA TERAPIA DE MANERA ADECUADA.

SE REALIZA INSPECCION VISUAL DE LA OROFARINGE EN LA QUE NO SE EVIDENCIAN LESIONES MACROSCOPICAS SIGNIFICATIVAS.

EN EL MOMENTO SIN ACOMPAÑANTE A QUIEN INFORMAR Y EDUCAR SOBRE LA NATURALEZA Y OBJETIVOS DE LA TERAPIA, ASI COMO LOS RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES DERIVADAS DE ELLA, ADEMAS DEL RIESGO DE CAIDAS Y LESIONES DE PIEL.

SE REALIZA HIGIENE ORAL EN COMPAÑIA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA ASIGNADO SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL
FECHA Y HORA DE APLICACION:30/01/2022 21:57:15 REALIZADO POR: FREDY WILINTON CASTRO PIAMBA



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 111 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

FREDY WILINTON CASTRO PIAMBA

Reg. 10293141/19-475

FISIOTERAPIA EN CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 230 FECHA 31/01/2022 00:16:06 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

NOTA ACLARATORIA:

LA PAFI DE LOS GASES ARTERIALES DEL DIA DE HOY ENE 31 DE 2022 REPORTADOS A LAS 00:05 HRS CORRESPONDE A 196 Y LA FIO2 A 30%

Nota realizada por: FREDY WILINTON CASTRO PIAMBA Fecha: 31/01/22 00:16:30

FREDY WILINTON CASTRO PIAMBA

Reg. 10293141/19-475

FISIOTERAPIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 231 FECHA 31/01/2022 00:33:04 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 AMPOLLAS	OMEPRAZOL INFUSION IV POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUIR A SOL. INY. 40 MG 40 MG	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
18,00	6,00 VIAL	INSULINA GLULISINA PEN PRELLENADO EQ. A 300 UI SOL INYEC 100 UI/ML/3 ML (APIDR A SOLOSTAR) 100 UI	SUBCUTANEA	8 Horas	CONTINUAR

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 112 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953**Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

solso si glcmetrias superiro a 180

1,00	1,00 AMPOLLAS	HEPARINA DE BAJO PESO (ENOXAPARINA) SOL INY 60 MG/0.6 ML 60 MG/0.6 ML	SUBCUTANEA	24 Horas	CONTINUAR
------	---------------	---	------------	----------	-----------

24,00	1,00 BOLSA	LACTATO DE HARTMAN SOL INY /500 ML 500 ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
-------	------------	---	-------------	--------	-----------

50 CC H

1,00	1,00 AMPOLLAS	DEXAMETASONA SODIO FOSFATO SOL INY 8 M G/2 ML 8 MG	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
------	---------------	--	-------------	----------	-----------

6 MG EV DIA POR 10 DIAS PREVIA DESPARASITACION

8,00	2,00 AMPOLLAS	AMPICILINA/SULBACTAM POL PARA RECONST A SOL. INY. 1.5 G. 1.5 G	INTRAVENOSO	6 Horas	CONTINUAR
------	---------------	--	-------------	---------	-----------

1,00	1,00 SOBRE	AZITROMICINA TABLETA O TABLETA RECUBIERT A 500 MG 500 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
------	------------	--	------	----------	-----------

24,00	1,00 AMPOLLAS	CISATRACURIO SOL INY 10MG. 10 MG	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
-------	---------------	----------------------------------	-------------	--------	-----------

PRONACION

48,00	2,00 AMPOLLAS	FENTANILO CITRATO EQ. A FENTANILO SOLUCI ON INYECTABLE 0.5 MG/10 ML 0.5MG/10ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
-------	---------------	--	-------------	--------	-----------

RASS - 3

288,00	12,00 AMPOLLAS	MIDAZOLAM SOLUCION INYECTABLE 5 MG/5 ML 5 MG	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
--------	----------------	--	-------------	--------	-----------

RASS -3

720,00	1,00 LPC	GLUCERNA ALIMENTO ESPECIAL PARA PACIENTE S CON INTOLERANCIA A LA GLUCOSA 1.5 KCAL SUSPENSION 1000ML 1000 ML	OROGASTRICA	1 Hora	CONTINUAR
--------	----------	---	-------------	--------	-----------

ADMINISTRAR 1224 CC EN 24 HORAS, POR SONDA OROGASTRICA. ALCANZAR PROGRESIVAMENTE EL VOLUMEN TOTAL SEGUN INDICACION DE NUTRICION

3,00	1,00 CAJA	CLORHEXIDINA DIACETATO O DIGLUCONATO ENJ UAGUE BUCA NO APLICA	BUCAL	8 Horas	CONTINUAR
------	-----------	---	-------	---------	-----------

10 ML CADA 8 H INTUBADA

LUIS ANGEL HORMIGA PAZ**Reg. 10533153/3913/8****MEDICINA GENERAL**



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 113 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 232 FECHA 31/01/2022 01:19:03 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

GASES ARTERIALES

alcalemia mixta

PAFI 196 DISFUNCION moderada

K 3.7 NA 150 CL 117 LACT 1.7 HIPERNATRMEIA MODERADA E HIPERCLOREMIA

PLAN . CORRECCION ELECTROLITICA

LHORMIGA

Evolución realizada por: LUIS ANGEL HORMIGA PAZ-Fecha: 31/01/22 01:19:11

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
24,00	1,00 BOLSA	AGUA ESTERIL X 500 ML SOLUCION INYECTABL E	ORAL	1 Hora	NUEVO
24,00	1,00 AMPOLLAS	AGUA LIBRE POR Sonda A 30 C CHORA CLORURO DE SODIO SOL INY 20 MEQ/ML/10 M L 20 MEQ/10ML	INTRAVENOSO	1 Hora	NUEVO
SS CUARTO ISOTONIA 491 CC AD + 9 CC NATROL . PARA DILUIR SOLUCIONES IV					

LUIS ANGEL HORMIGA PAZ

Reg. 10533153/3913/8

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 235 FECHA 31/01/2022 04:16:06 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

SE REALIZA CURACION DE CVC SEGUN PROTOCOLO.

Nota realizada por: JEISON ANDRES SOLARTE LASSO Fecha: 31/01/22 04:16:08

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 114 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**JEISON ANDRES SOLARTE LASSO**

Reg. 1085661234/1085

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****239****FECHA 31/01/2022 06:16:35****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

PACIENTE DURANTE EL TURNO DE LA NOCHE PERMANECE EN L UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN MALAS CONDICIONES GENERALES CON NESESIDAD DE VASOACTIVO CON TOT CONECTADO A VENILACIO MECANICA MANEWJJADA POR PARTE DEL FISIOTERAPIA CON SONDA OROGASTRICA PARA EL PASO DE NUTRICION ENTERAL SE INICIA AGUA LIBRE A 30 CC Y MEDICAMENTOS EN 1/4 ISOTONICA BIEN TOLERADA DURANTE EL TURNO SE REALIZAN MEDIDADSDE HIGIENE Y CONFORT E HIGIENE ORAL CON CLOREXIDINA CAMBIOS DEPOSISCION SE HACE LIBERACION DE PRONACION ALAS 24 HORAS PACIENTE TOLERA SE TOMAN MUESTRAS DE LABORATORIO PACIENTE CON EDEMA GENERALIZADO Y FUGA CAPILAR ELIMINA MEDIANTE SONDA VESICAL

Nota realizada por: DIANA CAROLINA BASTIDAS GONZALEZ Fecha: 31/01/22 06:16:37**DIANA CAROLINA BASTIDAS GONZALEZ**

Reg. 1061707029

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****241****FECHA 31/01/2022 10:22:21****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

REVISTA MEDICA UCI

PACIENTE QUIEN COMPLETA 5 DIAS CON HIOPOXEMIA MODERADA, CON EVOLUCION ESTACIONARIA, QUEDAMOS ATENTOS A CONTROL GASOMETRICO PARA DEFINIR SIGUIENTE CICLO DE PRONACION, SE AJUSTA MANEJO PARA HIPERNATREMIA.

Evolución realizada por: ADOLFO LEON TROCHEZ ZULETA-Fecha: 31/01/22 10:29:32**ORDENES DE LABORATORIO**

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

Cantidad	Descripción
1	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L Realizado
	CONTROL MAÑANA
	RECUENTO DE LEUCOCITOS :11.80 x10 ³ / 5 - 10
	NEUTROFILOS % :90.30 % 40.3 - 74.8
	LINFOCITOS % :3.90 % 12.2 - 47.1
	MONOCITOS % :5.30 % 4.4 - 12.3
	EOSINOFILOS % :0.00 % 0.01 - 4.4
	BASOFILOS % :0.10 % 0.01 - 0.7
	NEUTROFILOS Abs :10.65 x10 ³ / 1.82 - 7.42
	LINFOCITOS Abs :0.46 x10 ³ / 1.5 - 4
	MONOCITOS Abs :0.63 x10 ³ / 0.03 - 0.77
	EOSINOFILOS Abs :0.00 x10 ³ / 0.03 - 0.44
	BASOFILOS Abs :0.01 x10 ³ / 0.01 - 0.05
	RECUENTO DE ERITROCITOS :4.01 x10 ⁶ / 4.6 - 6.2
	HEMATOCRITO :31.4 % 40 - 54
	HEMOGLOBINA :11.30 g/dl 13.5 - 18
	MCV :78.3 fl 86 - 96
	MCH :28.2 pg 25 - 31
	MCHC :36.0 g/dl 32 - 38
	RDW :13.20 % 11 - 15
	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO :296 x10 ³ / 150 - 450
	MPV :12.1

fl 6.4 - 13

RECUENTO DIFERENCIAL MANUAL :- -

FECHA Y HORA DE APLICACION:01/02/2022 01:34:29TECNICA EMPLEADA : METODO: LASER SEMICONDUCTOR REALIZADO

POR : MARIA VICTORIA SANABRIA JIMENEZ

2 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)**Pendiente**

CONTROL MAÑANAEN LA TARDE

1 NITROGENO UREICO (BUN)**Realizado**

CONTROL MAÑANA

NITROGENO UREICO :26.6 mg/dl 8 - 23

FECHA Y HORA DE APLICACION:01/02/2022 01:49:38TECNICA EMPLEADA : METODO: UV CINETICO REALIZADO POR :

DINA LUZ OROZCO OROZCO

1 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS**Realizado**

CONTROL MAÑANA

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS :0.58 mg/dl 0.67 - 1.17

FECHA Y HORA DE APLICACION:01/02/2022 01:49:38TECNICA EMPLEADA : METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 116 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

REALIZADO POR : DINA LUZ OROZCO OROZCO

1 PROTEINA C REACTIVA PRUEBA SEMICUANTITATIVA

Realizado

CONTROL MAÑANA

PROTEINA C REACTIVA SEMIAUTOMATIZADO :37.49 mg/L 0.6 - 5

FECHA Y HORA DE APLICACION:01/02/2022 01:49:38TECNICA EMPLEADA : METODO: INMUNOTURBIDIMETRIA REALIZADO

POR : DINA LUZ OROZCO OROZCO

ADOLFO LEON TROCHEZ ZULETA

Reg. 10547836/8916-9

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001

CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

243

FECHA 31/01/2022 10:44:39

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 CAPSULA	OMEPRAZOL CAPSULA X 40 MG- ORAZOLE 40 MG	ORAL	24 Horas	NUEVO
1,00	1,00 AMPOLLAS	OMEPRAZOL INFUSION IV POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUIR A SOL. INY. 40 MG 40 MG	INTRAVENOSO	24 Horas	SUSPENDIDO
24,00	1,00 BOLSA	LACTATO DE HARTMAN SOL INY /500 ML 500 ML	INTRAVENOSO	1 Hora	SUSPENDIDO
50 CC H					
24,00	1,00 AMPOLLAS	CLORURO DE SODIO SOL INY 20 MEQ/ML/10 M L 20 MEQ/10ML	INTRAVENOSO	1 Hora	MODIFICADO
SS CUARTO ISOTONIA 30 CC HORA					



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 117 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

JENNY JOHANA DIAZ JATIVA

Reg. 1085328083

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 246 FECHA 31/01/2022 12:48:06 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 SOBRE	AZITROMICINA TABLETA O TABLETA RECUBIERT A 500 MG 500 MG	ORAL	24 Horas	SUSPENDIDO
240,00 PRONACION	10,00 AMPOLLAS	CISATRACURIO SOL INY 10MG. 10 MG	INTRAVENOSO	1 Hora	MODIFICADO

JENNY JOHANA DIAZ JATIVA

Reg. 1085328083

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 248 FECHA 31/01/2022 12:53:32 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

PACIENTE HENRY POLINDARA 68 AÑOS DE EDAD CON GLASGOW 4/15 CON TOT, CON CATETER CNETRALPOR EL CUALÑ TIENE GOTOE DE SOLUCION ISOTONICA, SEDACION,, CON SONDOROGASTRICA POR LA CUAL TIENE GLUCERNA BIEN TOELRADO SE IRRIGA, CON AGUA LIBRE , SE EL ASISITE EN SUS MEDIDAS DECONFORT, BAÑO EN CAMA, HIGIEN ROAL,,, HIGIEN DE SODNA VESICAL SEGUN PROTOCOLO, CAMBIOS DE POSICION , CON PEILCON EDEMA INTERGA PERO CON ALTO RIESGOP DE LESIONESPOR EDEMA, Y SU CONDICION CRITICA. MEDICAMNEOTS ADMINISTRADOS POR E PERSONAL DE.AM.S.

Nota realizada por: ANA DELFA SOLARTE Fecha: 31/01/22 12:55:26

FORMATOS

LISTA DE VERIFICACION PARA PROCEDIMIENTO PIEL SANA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 118 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

Seleccione y actualice el plan de cuidado en su turno

TURNO

. [X]Mañana [-]Tarde [-]Noche

Riesgo de UPP según escala de Braden [-]SIN RIEGO [-]RIEGO BAJO [-]RIESGO MODERADO [X]RIESGO ALTO

Hidrata piel del paciente SI

Evita colonia o alcohol, sobre la piel SI

Uso de aceite de vaselina en prominencias óseas NO APLICA

Cambios de posición según protocolo SI

Elimina humedad excesiva SI

Evita baño en cama encharcado SI

Evita masajes en prominencias óseas y zonas de presión SI

Protección especial para zonas de riesgo (Cojines) SI

Evita antiséptico local para limpieza de úlceras NO APLICA

Evita curación oclusiva en zona de infección NO APLICA

ANA DELFA SOLARTE**Reg. 34560478****AUXILIAR DE ENFERMERIA****SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO 252 FECHA 31/01/2022 18:29:59 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION****TERAPIAS**

Cantidad	Descripción	Estado Realizado
----------	-------------	------------------

1	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	
---	-------------------------------	--

PACIENTE CON DIAGNOSTICO SIN ANTECEDENTES ANOTADOS, BAJO EFECTOS DE SEDACION Y ANALGESIA, CON VIA AEREA ARTIFICIAL TOT FIJO CON SUJETADOR DE TUBO, EN VM MODO AC/V CON LOS SGTS PARAMETROS: VC: 370 FIO2: 30 PEEP: 12 FR: 28, SAT: 92%. EN SINCRONIA CON EL VENTILADOR. SE OBSERVA EXPANSIBILIDAD TORACICA SIMETRICA. A LA AUSCULTACION MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES CON RONCUS APICALES, FREMITO TACTIL +, SE REALIZA TERAPIA RESPIRATORIA CON HIGIENE BRONQUIAL CON SUCCION POR TOT (SISTEMA CERRADO) OBTENIENDO MODERADA CANTIDAD DE SECRECIÓN MUCOIDE, MODERADA BLANQUECINA POR BOCA. PACIENTE TOLERA INTERVENCION, DEJO EN VM IGUAL MODO IGUALES PARAMETROS, PARA SAT: 95%. PACIENTE TOLERA INTERVENCION, DEJO ESTABLE, EN SINCRONIA CON EL VENTILADOR. TODOS LOS PROCEDIMIENTOS SE REALIZAN CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION NECESARIOS Y SIGUIENDO PROTOCOLOS DE MANEJO ESTABLECIDOS EN EMERGENCIA POR COVID 19. REALIZADO POR: MARIA ALEJANDRA CAJAS. FISIOTERAPEUTA.

FECHA Y HORA DE APLICACION:31/01/2022 18:30:15 REALIZADO POR: MARIA ALEJANDRA CAJAS REALPE

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 119 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**MARIA ALEJANDRA CAJAS REALPE**

Reg. 34319694/76-539

FISIOTERAPIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 254 **FECHA** 31/01/2022 18:46:10 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

paciente en la unidad de cuidado intensivo, monitorizado como uci, con diagnostico medico ya escrito en la historia clinica, con oxigeno por tuboorotraqueal conectado a ventilador mecanico saturando adecuadamente, tiene sonda nasogastrica pasando nutricion se irriga con 40cc de agua, se realiza higiene oral, tiene cvc derecho con adaptadores de seguridad para tratamiento medico permeables, se hace cambio de pocicion segun protocolo, se hidrata piel con crema hidratante, elimina por sonda vesical conectado a sistoflow, no hace depocicion, se le brindan medidas de higiene y confort, queda en cama con manilla de identificacion personal con sus respectivos estiquers.

Nota realizada por: YARLY ANDREA RIVERA CABEZAS Fecha: 31/01/22 18:46:12**YARLY ANDREA RIVERA CABEZAS**

Reg. 1061719009/19-0

AUXILIAR DE ENFERMERIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 255 **FECHA** 31/01/2022 19:23:11 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

---EVOLUCION UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS--
INTENSIVISTA DE TURNO: DR ADOLFO TROCHEZ

PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD

DIAGNOSTICOS DE TRABAJO:

- . INSUFICIENCIA RESIRATORIA AGUDA TIPO I
 - . SOSPECHA DE TEP
 - . NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS
 - . CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022
- 7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

- . ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUEIENTE
- . ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

CRITERIO DE INFECCION POR SARS-COV2:

- . CLINICO: CUADRO CLINICO DE 5 DIAS CON SINTOMAS RESPIRATORIOS
- . MICROBIOLOGIA CON Ag SARS-COV2 22-01- 2022 POSITIVO.
- . PARACLINICOS: TROPONINA 0.010-0.006 - DIMERO D 70400 - PANEL VIRAL NEGATIVO

ANTIBIOTICOTERAPIA:

- . AMPICILINA SULBACTAM F.I. 26/01/22
- . AZITROMICINA F.I. 26/01/22

OTROS MEDICAMENTOS:

- . DEXAMETASONA FI 26/01/22

MICROBIOLOGIA:

- . 26/01/22 CULTIVO DE SECRECION BRONQUIAL EN PROCESO
- . 26/01/22 GRAM DE SECRECION BRONQUIAL: REACCION LEUCOCITARIA ESCASA, NO MICROORGANISMOS
- . 26/01/22 HEMOCULTIVOS 1-2-3 NEGATIVOS A LAS 48 HORAS
- . 26/01/22 UROCULTIVO NEGATIVO
- . 26/01/22 BACILOSCOPIA EN SECRECION BRONQUIAL NEGATIVA

EVENTOS

- . ESTABILIDAD HEMODINAMICA.
- . PRONO VIGIL CON COLABORACION PARCIAL
- . NO FIEBRE
- . DISFUNCION PULMONAR SEVERA HASTA LA MADRUGADA
- . ELECTROLITOS NORMALES

REPORTE DE GASES ARTERIALES DE CONTROL EN LA TARDE:

EQUILIBRIO ACIDO BASE, INDICES DE OXIGENACION CON DISFUNCION PULMONAR MODERADA CON $PFIO_2$ EN 166, LACTATO NORMAL.

EXAMEN FISICO

TA 95/56 – PAM 72 – FC 70 X MIN – FR 26 X MIN - TEMP 35.5°C - GLUCOMETRIAS 363-355-266-225-176 MG/DL
ORL TOT , SNG NUTRICION BIEN TOLERADA.
CUELLO LLENADO YUGULAR NORMAL
TORAX SIMETRICO SIN RETRACCIONES, CVC SUBCLAVIO DERECHO SIN SANGRADO NI SECRECIONES
PULMONES CON LEVE HIPOVENTILACION EN ACP, SIN SOBREADAGADOS VMI MODO AC VT 370 FIO_2 : 30% PEEP 12 PPICO 30 P MEDIA 17
CORAZON REGISTRO ELECTROCARDIOGRAFICO EN SINUSAL. NO SOPLOS
ABD BLANDO, NO VALORABLE POR PRONACION.
GU GENITALES EXTERNOS DE ASPECTO NORMAL. DIURESIS 1330 CC EN 24 HORAS
EXT SIMETRICAS SIN EDEMAS. PERFUSION DISTAL CON LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS Y PULSOS DISTALES ++/++++
SNC RASS -5
7J.0 *HOSVITAL*

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**ANALISIS Y JUSTIFICACION DE LA ESTANCIA**

PACIENTE EN CONTEXTO DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, SECUNDARIA A NEUMONIA VIRAL POR SARS COV 2, POR COLAPSO VENTILATORIO REQUIRIO DE ITO, EN EL MOMENTO BAJO VENTILACION MECANICA INVASIVA, POR HIPOXEMIA MARCADA COMPLETO 3 CICLOS DE PRONACION, ULTIMA PAFI 145 EN LEVE DESCENSO, CON EVOLUCION ESTACIONARIA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE SIN SOPORTE VASOACTIVO, RITMO SINUSAL, A NIVEL INFECCIOSO SIN REGISTRO DE FIEBRE, MODULANDO RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, EN PAUTA ANTIBIOTICA ESTABLECIDA, CON REPORTE DE POLICUTIVOS NEGATIVOS HASTA EL MOMENTO. QUEDAMOS ATENTOS A CONTROL GASOMETRICO PARA DEFINIR SIGUIENTE CICLO DE PRONACION, PACIENTE EN CONDICION CRITICA ALTO RIESGO DE DETERIORO HEMODINAMICO Y RESPIRATORIO, FAMILIARES AMPLIAMENTE INFORMADOS, SE DA INFORMACION A FAMILIAR.

PLAN:

MONITORIA EN UCI

QUEDAMOS ATENTOS A CONTROL GASOMETRICO PARA DEFINIR SIGUIENTE CICLO DE PRONACION,

- SS: GASES ARTERIALES + ELECTROLITOS EN LA TARDE Y PARA MAÑANA

- SS: CR, CH, BUN, PCR, PARA MAÑANA

NOTA: SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (BATA, UNIFORME ANTIFLUIDO, CARETA, MONOGAFAS, MASCARILLA Y GUANTES), SE REALIZA ADEMAS DURANTE SU ATENCION LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS CORRESPONDIENTES, SEGUN LINEAMIENTOS PROTOCOLARIOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES DEL MINISTERIO DE SALUD, POR CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA SARS-COV2.

Evolución realizada por: JENNY JOHANA DIAZ JATIVA-Fecha: 31/01/22 19:23:33**JENNY JOHANA DIAZ JATIVA**

Reg. 1085328083

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 256 **FECHA** 31/01/2022 20:19:58 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

ABRE FOLIO PARA CHEQUEAR HISTORIA CLÍNICA Y VERIFICACIÓN DE PRESCRIPCIÓN MEDICA JEFE ANA CRISTINA

Nota realizada por: ANA CRISTINA IDROBO OSPINA Fecha: 31/01/22 20:19:59**ANA CRISTINA IDROBO OSPINA**

Reg. 34607318/32797

ENFERMERIA



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 122 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 257 **FECHA** 31/01/2022 20:48:35 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

FORMATOS

LISTA DE VERIFICACION PARA PROCEDIMIENTO PIEL SANA

Seleccione y actualice el plan de cuidado en su turno

TURNOS

. [-]Mañana [-]Tarde [X]Noche

Riesgo de UPP según escala de Braden [-]SIN RIEGO [-]RIEGO BAJO [-]RIESGO MODERADO [X]RIESGO ALTO

Hidrata piel del paciente SI

Evita colonia o alcohol, sobre la piel SI

Uso de aceite de vaselina en prominencias óseas NO APLICA

Cambios de posición según protocolo SI

Elimina humedad excesiva SI

Evita baño en cama encharcado SI

Evita masajes en prominencias óseas y zonas de presión SI

Protección especial para zonas de riesgo (Cojines) SI

Evita antiséptico local para limpieza de úlceras NO

Evita curación oclusiva en zona de infección NO APLICA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 259 **FECHA** 31/01/2022 23:21:22 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

TERAPIAS

Cantidad **Descripción**1 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL**Estado****Realizado**

NOTA RETROSPECTIVA HORA 21+30 HRS

PACIENTE CON DIAGNOSTICO MEDICO ANOTADO, QUIEN SE ENCUENTRA EN POSICION SUPINO, CABECERA 45°, CON SOPORTE VENTILATORIO MECANICO MODO AC VT 370 FR 28 FIO2 30% PEEP 10 SPO2 94% A LA AUSCULTACION MURMULLO VESICULAR PRESENTE, SIN SOBREGREGADOS, SE REALIZAN MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL, LAVADO Y ASPIRACION DE MODERADA CANTIDAD DE SECRESIONES MUCOIDES POR TOT Y MODERADAS HIALINAS POR OROFARINGE. SE VERIFICA PRESION DE NUOTAPONADOR: 24 CM DE H2O., VIA AEREA ARTIFICIAL PERMEABLE FIJACION DE TUBO INDEMNSE SE DEJA IGUAL PUNTI FIJO SIN COMPLICACIONES , EL ANTERIOR PROCEDIMIENTO SE REALIZA CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, ENTREGADOS POR LA INSTITUCION, PARA LA ATENCION DE PACIENTE EN CONDICION DE PANDEMIA, CON POSTERIOR LAVADO DE MANOS EN SUS CINCO MOMENTOS. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES

FECHA Y HORA DE APLICACION:01/02/2022 00:47:50 REALIZADO POR: ANGELA MARCELA FERNANDEZ BOLANOS



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 123 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

ANGELA MARCELA FERNANDEZ BOLANOS

Reg. 1061687665/19-0

FISIOTERAPIA

SEDE DE ATENCIÓN:		001	CLINICA LA ESTANCIA		Edad : 68 AÑOS		
FOLIO	261	FECHA 01/02/2022 03:01:04		TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION		
FORMULA MÉDICA							
Cantidad	Dosis	Descripción			Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 CAPSULA	OMEPRAZOL CAPSULA X 40 MG- ORAZOLE 40 MG			ORAL	24 Horas	CONTINUAR
18,00	6,00 VIAL	INSULINA GLULISINA PEN PRELLENADO EQ. A 300 UI SOL INYEC 100 UI/ML/3 ML (APIDR A SOLOSTAR) 100 UI			SUBCUTANEA	8 Horas	CONTINUAR
solso si glcmetrias superiro a 180							
1,00	1,00 AMPOLLAS	HEPARINA DE BAJO PESO (ENOXAPARINA) SOL INY 60 MG/0.6 ML 60 MG/0.6 ML			SUBCUTANEA	24 Horas	CONTINUAR
24,00	1,00 BOLSA	AGUA ESTERIL X 500 ML SOLUCION INYECTABLE			ORAL	1 Hora	CONTINUAR
AGUA LIBRE POR SONDA A 30 C CHORA							
24,00	1,00 AMPOLLAS	CLORURO DE SODIO SOL INY 20 MEQ/ML/10 ML 20 MEQ/10ML			INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
SS CUARTO ISOTONIA 30 CC HORA							
1,00	1,00 AMPOLLAS	DEXAMETASONA SODIO FOSFATO SOL INY 8 MG/2 ML 8 MG			INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
6 MG EV DIA POR 10 DIAS PREVIA DESPARASITACION							
8,00	2,00 AMPOLLAS	AMPICILINA/SULBACTAM POL PARA RECONSTITA SOL. INY. 1.5 G. 1.5 G			INTRAVENOSO	6 Horas	CONTINUAR
240,00	10,00 AMPOLLAS	CISATRACURIO SOL INY 10MG. 10 MG			INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
PRONACION							
48,00	2,00 AMPOLLAS	FENTANILO CITRATO EQ. A FENTANILO SOLUCION INYECTABLE 0.5 MG/10 ML 0.5MG/10ML			INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
7J.0 *HOSVITAL*						Usuario: 76028506	



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 124 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953

Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección: CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento: CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

RASS - 3

288,00	12,00 AMPOLLAS	MIDAZOLAM SOLUCION INYECTABLE 5 MG/5 ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
		5 MG			

RASS -3

720,00	1,00 LPC	GLUCERNA ALIMENTO ESPECIAL PARA PACIENTE	OROGASTRICA	1 Hora	CONTINUAR
		S CON INTOLERANCIA A LA GLUCOSA 1.5 KCAL			
		SUSPENSION 1000ML 1000 ML			

ADMINISTRAR 1224 CC EN 24 HORAS, POR SONDA OROGASTRICA. ALCANZAR PROGRESIVAMENTE EL VOLUMEN TOTAL SEGUN INDICACION DE NUTRICION

3,00	1,00 CAJA	CLORHEXIDINA DIACETATO O DIGLUCONATO ENJ	BUCAL	8 Horas	CONTINUAR
		UAGUE BUCA NO APLICA			

10 ML CADA 8 H INTUBADA

JOSE E LADINO

JOSE ELIAS LADINO DIAZ

Reg. 86112014

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

264

FECHA 01/02/2022 06:10:22

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

TERAPIAS

Cantidad

Descripción

Estado

1

TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL

Realizado

NOTA RETROSPECTIVA HORA 05+40 HRS

PACIENTE CON DIAGNOSTICO MEDICO ANOTADO, QUIEN SE ENCUENTRA EN POSICION SUPINO, CABECERA 45°, CON SOPORTE VENTILATORIO MECANICO MODO AC VT 370 FR 28 FIO2 30% PEEP 10 SPO2 94% A LA AUSCULTACION MURMULLO VESICULAR PRESENTE, SIN SOBREGREGADOS, SE REALIZAN MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL, LAVADO Y ASPIRACION DE MODERADA CANTIDAD DE SECRESIONES MUCOIDES POR TOT Y MODERADAS HIALINAS POR OROFARINGE. SE VERIFICA PRESION DE NUOMETAPONADOR: 24 CM DE H2O., VIA AEREA ARTIFICIAL PERMEABLE FIJACION DE TUBO INDEMNE SE DEJA IGUAL PUNTI FIJO SIN COMPLICACIONES, EL ANTERIOR PROCEDIMIENTO SE REALIZA CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, ENTREGADOS POR LA INSTITUCION, PARA LA ATENCION DE PACIENTE EN CONDICION DE PANDEMIA, CON POSTERIOR LAVADO DE MANOS EN SUS CINCO MOMENTOS. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES

FECHA Y HORA DE APLICACION:01/02/2022 06:10:45 REALIZADO POR: ANGELA MARCELA FERNANDEZ BOLANOS



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 125 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

ANGELA MARCELA FERNANDEZ BOLANOS

Reg. 1061687665/19-0

FISIOTERAPIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 265 FECHA 01/02/2022 06:27:55 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS DE EDAD MONITORIZADO COMO UCI INCONSCIENTE BAJO EFECTO DE SEDACION MAS ANALGESIA CON UN GLASGOW 4/15 CON FUERZA MUSCULAR CONTRACCIÓN EN LAS CUATRO EXTREMIDADES CON RASS DE MENOS DE 4. HEMODINAMICAMENTE INESTABLE. AFEBRIL, CON FRECUENCIA RESPIRATORIA CON TENDENCIA A LA TAQUIPNEA CON SOPORTE DE OXIGENO A TRAVÉS DE TUBO ORO TRAQUEAL EN MODO ASISTIDO CONTROLADO SATURANDO POR ENCIMA DEL 90%. NORMOCARDICO, HIPERTENSO CON PAM POR ENCIMA DE 70 MMHG. CON REPORTE DE GLUCOMETRIA DE 298 MG/DL. SE CORRIGE CON 10 UNIDADES DE APIDRA- CON SUMINISTRO DE NUTRICIÓN ENTERAL MAS AGUA LIBRE. NO DEJA RESIDUO GÁSTRICO SIGNIFICATIVO. CON ELIMINACIÓN URINARIA ESPONTANEA CON BUEN GASTO URINARIO. NO HA HECHO DEPOSICIÓN. CON LEV SEDACION MAS ANALGESIA. HARTMAN. SOLUCIÓN MEDIO ISOTÓNICA. CON ELEMENTOS INVASIVOS VIGENTES: CON UN CATÉTER VENOSO CENTRAL SUBCLAVIO DERECHO SIN SIGNOS DE INFECCIÓN NI DE SANGRADO. CON UNA LINEA ARTERIAL RADIAL IZQUIERDA FUNCIONAL CON UN ACCESO VENOSO PERIFÉRICOS EN MSD SE PERMEABILIZAN CON SOLUCIÓN SALINA ACCESOS VENOSOS SIN SIGNOS DE FLEBITIS QUÍMICA. A NIVEL DE LA PIEL CON EDEMA Y EQUIMOSIS POR MÚLTIPLES PUNCIONES - POR DIRECCIONAMIENTO ADMINISTRATIVO LOS MEDICAMENTOS LOS ADMINISTRAN LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA. PENDIENTE: 1. SEGUIMIENTO POR INFECTOLOGIA. SE REALIZAN CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y MEDIDAS DE CONFORT

NOTA: SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (BATA, ESCAFANDRA, CARETA, MONO GAFAS, MASCARILLA Y GUANTES), SE REALIZA ADEMAS DURANTE SU ATENCIÓN LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS CORRESPONDIENTES, SEGÚN LINEAMIENTOS PROTOCOLARIOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES DEL MINISTERIO DE SALUD, POR CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA SARS-COV2.

Nota realizada por: ANA CRISTINA IDROBO OSPINA Fecha: 01/02/22 06:29:28

ANA CRISTINA IDROBO OSPINA

Reg. 34607318/32797

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 266 FECHA 01/02/2022 06:53:44 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

PACIENTE HENRY POLINDARA 68 AÑOS E EDAD CON GLASGOW 3/15 CON OXIGNO POR TOT EN VENTILACION MECANICA , CON CATETER 7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 126 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección: CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento: CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

CENTRAL POR EL CUAL TIENE SOLUCION ISOTONICA, Y SEDACION, CON SODNA NASOGASTRICA POR LA CUAL TIENE GLUCERNA, BIEN TOLERADA SE IRRIGA Y AGUA LIBRE, SE EL TOMAN LABORAOTRIOS, Y GASES ARTERIALES. CON PIEL INTEGRAL SE TALLA, CON ALTO RIESGO DE UPP POR EDEMA GENRALIZADO Y SU CONDICION CRITICA, ELIMINA POR Sonda VESICAL AMARILLO CONCNETRADO N O FETIDO. MEDICAMNEOTS ADMINISTRADOS POR PERSONAL DE.AM.S.

Nota realizada por: ANA DELFA SOLARTE Fecha: 01/02/22 06:53:47

ANA DELFA SOLARTE

Reg. 34560478

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 272 FECHA 01/02/2022 09:22:16 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

CAMBIOS EN REVISTA

Evolución realizada por: MARLON ANDRES ORDOÑEZ BENAVIDES-Fecha: 01/02/22 09:22:30

ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO

Cantidad	Descripción	
1	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	Pendiente

AHORA

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 TABLETA	ESOMEPRAZOL TABLETA X 40 MG 40 MG	ORAL	24 Horas	NUEVO
CAD DIA					
1,00	1,00 CAPSULA	OMEPRAZOL CAPSULA X 40 MG- ORAZOLE 40 MG	ORAL	24 Horas	SUSPENDIDO
240,00	10,00 AMPOLLAS	CISATRACURIO SOL INY 10MG. 10 MG	INTRAVENOSO	1 Hora	SUSPENDIDO

PRONACION

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción
1	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L Realizado

NOCHE

RECUENTO DE LEUCOCITOS :11.79 x10^3/ 5 - 10

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 127 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

NEUTROFILOS % :82.50 % 40.3 - 74.8

LINFOCITOS % :9.80 % 12.2 - 47.1

MONOCITOS % :6.00 % 4.4 - 12.3

EOSINOFILOS % :0.80 % 0.01 - 4.4

BASOFILOS % :0.10 % 0.01 - 0.7

NEUTROFILOS Abs :9.73 $\times 10^3$ / 1.82 - 7.42LINFOCITOS Abs :1.15 $\times 10^3$ / 1.5 - 4MONOCITOS Abs :0.71 $\times 10^3$ / 0.03 - 0.77EOSINOFILOS Abs :0.09 $\times 10^3$ / 0.03 - 0.44BASOFILOS Abs :0.01 $\times 10^3$ / 0.01 - 0.05RECuento DE ERITROCITOS :4.21 $\times 10^6$ / 4.6 - 6.2

HEMATOCRITO :33.1 % 40 - 54

HEMOGLOBINA :11.90 g/dl 13.5 - 18

MCV :78.6 fl 86 - 96

MCH :28.3 pg 25 - 31

MCHC :36.0 g/dl 32 - 38

RDW :13.30 % 11 - 15

RECuento DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO :286 $\times 10^3$ / 150 - 450

MPV :12.1

fl 6.4 - 13

RECuento DIFERENCIAL MANUAL :- -

FECHA Y HORA DE APLICACION:02/02/2022 01:09:26TECNICA EMPLEADA : METODO: LASER SEMICONDUCTOR REALIZADO

POR : JORGE ARMANDO GARAY BARBOZA

2 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)**Pendiente**

TARDE NOCHE

1 NITROGENO UREICO (BUN)**Realizado**

NOCHE

NITROGENO UREICO :21.6 mg/dl 8 - 23

FECHA Y HORA DE APLICACION:02/02/2022 01:18:25TECNICA EMPLEADA : METODO: UV CINETICO REALIZADO POR :

JORGE ARMANDO GARAY BARBOZA

1 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS**Realizado**

NOCHE

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS :0.60 mg/dl 0.67 - 1.17

FECHA Y HORA DE APLICACION:02/02/2022 01:18:25TECNICA EMPLEADA : METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.

REALIZADO POR : JORGE ARMANDO GARAY BARBOZA

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825


MARLON ANDRES ORDOÑEZ BENAVIDES

Reg. 1085301044

MEDICINA GENERAL

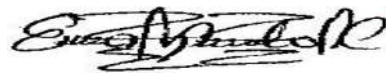
SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 273 **FECHA** 01/02/2022 14:37:18 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**
NOTAS ENFERMERIA

paciente que se le realiza higiene oral con crema cepillo dental , enjuague bucal con clorhexidina ,baño con paños
 humedos segun protocolo se le hidrata la piel con crema , tiene equimosis , edema en los brazos tiene una sonda de
 presion en el gluteo derecho , se le realiza limpieza de la sonda vesical segun protocolo

Nota realizada por: ERICA ANGULO CONTRERAS **Fecha:** 01/02/22 11:30:00


ERICA ANGULO CONTRERAS

Reg. 34673188/346731

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 276 **FECHA** 01/02/2022 15:06:44 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**
TERAPIAS

Cantidad	Descripción	Estado
1	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	Realizado

PACIENTE QUIEN ES VALORADO Y ATENDIDO CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REGLAMETARIOS
 SEGUN CONTINGENCIA DE SARS COV-2 (GUANTES , TAPABOCAS N95, GORRO , MONOGAFAS , CARETA) Y SE REALIZA
 LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS ESTIPULADOS POR LOS PROTOCOS INSTITUCIONALES.

PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS, CON DIAGNOSTICOS MEDICOS:

- . IRA TIPO I
- . A DESCARTAR TEP
- . NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS
- . CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022
- . ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUEIENTE

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 129 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

. ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

EN CRITICAS CONDICIONES GENERALES, EN EL MOMENTO CURSANDO CON SU SEGUNDO CICLO DE VENTILACION EN PRONO, CON SOPORTE VENTILATORIO TOT 7.5 C/B FIJO A 25 CM EN COMISURA LABIAL DERECHA, CON LOS SIGUIENTES PARAMETROS VENTILATORIAS: MODO: ACV, VT: 370 ML, FR: 24 RPM, PEEP: 10 CMH2O, FIO2: 40.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO FISIOTERAPEUTICO DE: ALTERACIONES DE LA VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN E INTERCAMBIO GASEOSO, CAPACIDAD AERÓBICA Y RESISTENCIA ASOCIADO CON DISFUNCIÓN DE LA BOMBA VENTILATORIA, CON SOPORTE VENTILATORIO MECANICO MODO ASISTIDO CONTROLADO CONTROLADO POR VOLUMEN.

EVALUACION: PACIENTE BAJO EFECTOS DE SEDOANALGECIA, CORAZON RITMICO, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, TORAX SIMETRICO, ,NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SINCRONICA CON EL VENTILADOR MECANICO A LA AUSCULTACION ENCUENTRO MURMULLO VESICULAR EN AMBOS CAMPOS PULMONARES MAS HIPOVENTILACIÓN BIBASAL, NO RUIDOS SOBREAGREGADOS, REALIZO MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL, LAVADO Y ASPIRACION ESCASA CANTIDAD DE SECRECIONES MUCOIDES POR TUBO OROTRAQUEAL Y HIALINAS EN ESCASA CANTIDAD POR OROFARINGE, VIA AEREA ARTIFICIAL QUEDA PERMEABLE, SE VERIFICA LA PRESION DEL NEUMOTAPONADOR A 24 CMH2O, NO COMPLICACIONES, PACIENTE TOLERA LA TERAPIA DE MANERA ADECUADA.

EN EL MOMENTO SIN ACOMPAÑANTE A QUIEN INFORMAR Y EDUCAR SOBRE LA NATURALEZA Y OBJETIVOS DE LA TERAPIA, ASI COMO LOS RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES DERIVADAS DE ELLA, ADEMAS DEL RIESGO DE CAIDAS Y LESIONES DE PIEL.

REALIZADO POR: FABIAN SALOMON CHAVEZ

FECHA Y HORA DE APLICACION:01/02/2022 15:07:19 REALIZADO POR: FABIAN SALOMON CHAVEZ CARVALLO

FABIAN SALOMON CHAVEZ CARVALLO

Reg. 1061741923

FISIOTERAPIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 278 **FECHA** 01/02/2022 17:19:12 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

SE ABRE FOLIO PARA CHEQUEO DE HISTORIA CLINICA

Nota realizada por: CLAUDIA ISABEL NOGUERA MELO Fecha: 01/02/22 17:19:14

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 130 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**CLAUDIA ISABEL NOGUERA MELO**

Reg. 59706556/522781

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 280 **FECHA** 01/02/2022 17:57:54 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

paciente de sexo masculino de 68 años de edad con un glasgow4/15 con tubo orotraqueal conectada al ventilador mecánico ,tiene una sonda nasogastrica recibiendo agua libre a 20 ccc rha conectado en y glucerna a 12cc rha se le realiza irrigacion con 40 cc de agua según protocolo, se le mide residuos gastricos tiene un cateter venoso central subclvio derecho recibiendo solucion 1/4 isotonica a 30ccrha , sedacion a 10ccrha , se observa con equimosis en extremidades superiores, se le realiza cambios deposicion se le hidrata la piel con crema se tallado, sona de presion en region sacra , tiene alto riesgo de upp , bajo en caída ,se le dan cuidados de enfermería ,medidas de higiene confort ,se le lleva control de líquidos administrados y eliminados , a las 15 se le toma gases arteriales , magnesio ,se le realiza higiene oral con enjuague bucal con clorhexidina

Nota realizada por: ERICA ANGULO CONTRERAS Fecha: 01/02/22 17:57:55**ERICA ANGULO CONTRERAS**

Reg. 34673188/346731

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 283 **FECHA** 01/02/2022 20:30:21 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

NOTA RETROSPECTIVA

----EVOLUCION UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS---

INTENSIVISTA DE SALA: DR RILDER ZAMBRANO

PACIENTE HENRY POLINDARA DE 68 AÑOS DE EDAD

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**DIAGNOSTICOS DE TRABAJO:**

- . IRA TIPO I
- . A DESCARTAR TEP
- . NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS
- . CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022
- . ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUIRIENTE
- . ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

CRITERIO DE INFECCION POR SARS-COV2:

- . CLINICO: CUADRO CLINICO DE 5 DIAS CON SINTOMAS RESPIRATORIOS
- . MICROBIOLOGIA CON Ag SARS-COV2 22-01- 2022 POSITIVO.
- . PARACLINICOS: TROPONINA 0.010-0.006 - DIMERO D 70400 - PANEL VIRAL NEGATIVO

ANTIBIOTICOTERAPIA:

- . AMPICILINA SULBACTAM F.I. 26/01/22
- . AZITROMICINA F.I. 26/01/22

OTROS MEDICAMENTOS:

- . DEXAMETASONA FI 26/01/22

MICROBIOLOGIA:

- . 26/01/22 CULTIVO DE SECRECION BRONQUIAL EN PROCESO
- . 26/01/22 GRAM DE SECRECION BRONQUIAL: REACCION LEUCOCITARIA ESCASA, NO MICROORGANISMOS
- . 26/01/22 HEMOCULTIVOS 1-2-3 NEGATIVOS A LAS 48 HORAS
- . 26/01/22 UROCULTIVO NEGATIVO
- . 26/01/22 BACILOSCOPIA EN SECRECION BRONQUIAL NEGATIVA

EVENTOS

- . ESTABILIDAD HEMODINAMICA.
- . PRONO VIGIL CON COLABORACION PARCIAL
- . NO FIEBRE
- . DISFUNCION PULMONAR MODERADA
- . ELECTROLITOS HIPOKALEMIA LEVE

REPORTE DE GASES ARTERIALES DE CONTROL EN LA TARDE:EQUILIBRIO ACIDO BASE, INDICES DE OXIGENACION CON DISFUNCION PULMONAR MODERADA CON $PFIO_2$ 133, LACTATO NORMAL.**EXAMEN FISICO**

TA 116/71 – PAM 84 – FC 35 X MIN – FR 28 X MIN - TEMP 36,4°C

MUCOSAS HUMEDAS

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 132 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

ORL ASPECTO NORMAL
CUELLO LLENADO YUGULAR NORMAL
TORAX SIMETRICO SIN RETRACCIONES
PULMONES CON LEVE HIPOVENTILACION EN ACP, SIN SOBREADAGADOS
CORAZON REGISTRO ELECTROCARDIOGRAFICO EN SINUSAL. NO SOPLOS
ABD BLANDO, NO DOLOROSO.
GU GENITALES EXTERNOS DE ASPECTO NORMAL. MICCIÓN ESPONTANEA 0.8 CC /KG / HORA.
EXT SIMETRICAS SIN EDEMAS. PERFUSION DISTAL CON LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS Y PULSOS DISTALES +++/++++
SNC ALERTA, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. BIEN ORIENTADO.

ANALISIS Y JUSTIFICACION DE LAESTANCIA

PACIENTE CON INFECCION VIRAL MODERADA A GRAVE POR SARS.CO2 CON DETERIORO DE LA MECANICA VENTILATORIA, PACIENTE QUIEN PRESENTO FIBRILACION AURICULAR EN MANEJO CON AMIODARONA YA CONTROLADO, ADEMAS EN CONTROL GASIMETRICO EQUILIBRIO ACIDO BASE, INDICES DE OXIGENACION CON DISFUNCION PULMONAR MODERADA CON PAFI EN 133 , SE INDICO EN CONJUNTO CON INFECTOLOGIA EL DIA DE MAÑANA SUSPENDER AMPICILINA SULBACTAM, Y CONTINUAR EL RESTO DEL MANEJO. MONITORIA UCI DADO POSIBILIDAD DE COLAPSO VENTILATORIO, PRONOSTICO RESERVADO.

NOTA: SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (BATA, UNIFORME ANTIFLUIDO, CARETA, MONOGAFAS, MASCARILLA Y GUANTES) , SE REALIZA ADEMAS DURANTE SU ATENCION LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS CORRESPONDIENTES, SEGUN LINEAMIENTOS PROTOCOLARIOS INTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES DEL MINISTERIO DE SALUD, POR CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA SARS-COV2.

MEDICO DE SALA: ANDRES ORDOÑEZ

Evolución realizada por: MARLON ANDRES ORDOÑEZ BENAVIDES-Fecha: 01/02/22 20:30:30**MARLON ANDRES ORDOÑEZ BENAVIDES**

Reg. 1085301044

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 285 **FECHA** 01/02/2022 22:16:54 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****TERAPIAS**

Cantidad	Descripción	Estado Realizado
1	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	Realizado

PACIENTE CON SOPORTE VENTILATORIO MECANICO MODO: CPAP, FIO2:35%, PEEP:10, PSV:10, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SINCRONICO CON EL VENTILADOR MECANICO, REALIZO MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL,

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 133 de 293

Fecha: 24/03/22

G.eta: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupación:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

LAVADO Y ASPIRACION DE ESCASA CANTIDAD DE SECRECIONES MUCOIDES POR TUBO OROTRAQUEAL, VIA AEREA ARTIFICIAL QUEDA PERMEABLE, SE VERIFICA LA PRESION DEL NEUMOTAPONADOR A 24 CMH2O, NO COMPLICACIONES, PACIENTE TOLERA LA TERAPIA DE MANERA ADECUADA. EN EL MOMENTO SIN ACOMPAÑANTE A QUIEN INFORMAR LA NATURALEZA Y OBJETIVOS DE LA TERAPIA, SE REALIZA ATENCION CON EL USO DE TODOS LOS EPP DISPUESTOS PARA EL MANEJO DE LA CONTINGENCIA POR COVID-19, REALIZADO POR ANDREA TRASLAVIÑA, FISIOTERAPEUTA. FECHA Y HORA DE APLICACION: 01/02/2022 22:21:19 REALIZADO POR: JISSEDH ANDREA TRASLAVIÑA CORDOBA

Jisседh A. Traslaviña C.

JISSEDH ANDREA TRASLAVIÑA CORDOBA

Reg. 1061715878/19-0

FISIOTERAPIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

289

FECHA 02/02/2022 02:52:06

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

SE ABRE FOLIO PARA REALIZAR FORMULACION DE 24 HORAS

Evolución realizada por: JENNY JOHANA DIAZ JATIVA-Fecha: 02/02/22 02:52:21

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 TABLETA	ESOMEPRAZOL TABLETA X 40 MG 40 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
CAD DIA					
18,00	6,00 VIAL	INSULINA GLULISINA PEN PRELLENADO EQ. A 300 UI SOL INYEC 100 UI/ML/3 ML (APIDR A SOLOSTAR) 100 UI	SUBCUTANEA	8 Horas	CONTINUAR
solso si glcmetrias superiro a 180					
1,00	1,00 AMPOLLAS	HEPARINA DE BAJO PESO (ENOXAPARINA) SOL INY 60 MG/0.6 ML 60 MG/0.6 ML	SUBCUTANEA	24 Horas	CONTINUAR
24,00	1,00 BOLSA	AGUA ESTERIL X 500 ML SOLUCION INYECTABL E	ORAL	1 Hora	SUSPENDIDO
AGUA LIBRE POR Sonda A 30 C CHORA					
24,00	1,00 AMPOLLAS	CLORURO DE SODIO SOL INY 20 MEQ/ML/10 M L 20 MEQ/10ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 134 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección: CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento: CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

SS CUARTO ISOTONIA 30 CC HORA

1,00	1,00 AMPOLLAS	DEXAMETASONA SODIO FOSFATO SOL INY 8 M G/2 ML 8 MG	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
------	---------------	---	-------------	----------	-----------

6 MG EV DIA POR 10 DIAS PREVIA DESPARASITACION

8,00	2,00 AMPOLLAS	AMPICILINA/SULBACTAM POL PARA RECONST A SOL. INY. 1.5 G. 1.5 G	INTRAVENOSO	6 Horas	CONTINUAR
------	---------------	---	-------------	---------	-----------

48,00	2,00 AMPOLLAS	FENTANILO CITRATO EQ. A FENTANILO SOLUCI ON INYECTABLE 0.5 MG/10 ML 0.5MG/10ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
-------	---------------	---	-------------	--------	-----------

RASS - 3

288,00	12,00 AMPOLLAS	MIDAZOLAM SOLUCION INYECTABLE 5 MG/5 ML 5 MG	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
--------	----------------	---	-------------	--------	-----------

RASS -3

720,00	1,00 LPC	GLUCERNA ALIMENTO ESPECIAL PARA PACIENTE S CON INTOLERANCIA A LA GLUCOSA 1.5 KCAL SUSPENSION 1000ML 1000 ML	OROGASTRICA	1 Hora	CONTINUAR
--------	----------	---	-------------	--------	-----------

ADMINISTRAR 1224 CC EN 24 HORAS, POR SONDA OROGASTRICA. ALCANZAR PROGRESIVAMENTE EL VOLUMEN TOTAL SEGUN INDICACION DE NUTRICION

3,00	1,00 CAJA	CLORHEXIDINA DIACETATO O DIGLUCONATO ENJ UAGUE BUCA NO APLICA	BUCAL	8 Horas	CONTINUAR
------	-----------	--	-------	---------	-----------

10 ML CADA 8 H INTUBADA

JENNY JOHANA DIAZ JATIVA

Reg. 1085328083

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 290 FECHA 02/02/2022 04:03:54 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

FECHA: 1 DE FEBRERO DE 2022 SE REVISA HISTORIA CLINICA TURNO DE LA NOCHE

AUXILIAR DE ENFERMERIA DE AMS ADMINISTRA MEDICAMENTOS SEGUN ORDEN MEDICA Y SEGUN PROTOCOLO

SE SOLICITAN INSUMOS PARA 24 HORAS

SE COBRAN INSUMOS

Nota realizada por: ANGELA CAROLINA ROSADA MUÑOZ Fecha: 02/02/22 04:03:56



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 135 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

ANGELA CAROLINA ROSADA MUÑOZ

Reg. 27453804/31069

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 292 FECHA 02/02/2022 05:57:23 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

PACIENTE DE SEXO MASCULINO CON 68 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS MÉDICOS

IRA TIPO I-II

SARS COVID 2 CONFIRMADO

SOSPECHA DE TEP

CON ESCALA NEUROLÓGICA GLASGOW 3/15 BAJO EFECTOS DE SEDO ANALGESIA OXIGENO POR TUBO OROTRAQUEAL CON FECHA DEL 28/1/22, CONECTADO A VENTILADOR MECÁNICO CON FIO2 AL 35% EN MODO A/C SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, SATURANDO ADECUADAMENTE, CON MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES DE MANEJO POR FISIOTERAPEUTA DE TURNO Sonda OROGÁSTRICA CON FECHA DEL 28/1/21, CON IRRIGACIÓN CADA CUATRO HORAS CON 40 CC DE AGUA CORROBORADA EN CAVIDAD GÁSTRICA, CON SOPORTE NUTRICIONAL PASANDO GLUCERNA A 12 CC HORA, CONECTADO EN YE GOTEÓ DE AGUA LIBRE A 30 CCHORA LA CUAL SE SUSPENDE POR ORDEN MEDICA CON ESCASO RESIDUO GÁSTRICO, CATÉTER CENTRAL DERECHO CON FECHA DEL 28/1/22, CURADO DEL 31/1/22, CUBIERTO CON APÓSITO DE POLIURETANO, SIN SIGNOS DE INFECCIÓN PASANDO POR LA PRIMERA VIA GOTEÓ DE SOL 1/2ISOTONICA 482 DE AGUA LIBRE MAS18 DE NATROL A 30 CC HORA, CC HORA, POR EL SEGUNDO PUERTO, Y TERCER PUERTO PARA PASO DE MEDICAMENTOS ORDENADOS, U7N ACCESO VENOSO EN TERCIO DISTAL DEL ANTEBRAZO DERECHO CON ADAPTADOR SIN AGUJA CON FECHA DEL 26/1/22, PASANDO GOTEÓ DE MIDAZOLAM 12 AMPOLLAS PURO A 10 CCHORA, CONECTADO EN YE GOTEÓ DE FENTANIL 2 AMPOLLAS EN 80 CC DE SSN A 10 CC HORA, LINEA ARTERIAL RADIAL IZQUIERDA FUNCIONAL CON BUENA PERFUSION DISTAL CON FECHA DEL 30/1/22, EQUIMOSIS EN EXTREMIDADES SUPERIORES DE ANTERIORES PUNCIONES, MAS EDEMA GENERALIZADO, DIURESIS POR SONDA VESICAL COLURICA, CONECTADA A CISTOFLO, CON FECHA DEL 28/1/22, NO HACE DE POSICIÓN, FUERZA MUSCULAR NULA DE SUS CUATRO EXTREMIDADES, SE LE REALIZAN, CAMBIOS DE POSICIÓN MAS HIDRATACIÓN DE PIEL, SE BRINDAN MEDIDAS DE CONFORT SE ASISTE EN SUS NECESIDADES, RECIBE TRATAMIENTO ORDENADO SIN ALTERACIÓN POR AUXILIAR DE AMS, ANGULO DE 45 GRADOS, BARANDAS ELEVADAS, FRENOS DE CAMA PUESTOS, CON SU RESPECTIVA MANILLA Y TABLERO DE IDENTIFICACIÓN MAS STICKERS, CONTROL DE SIGNOS VITALES LÍQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS CONTROL NEUROLÓGICO, CADA HORA CON MONITORIA COMO UCI, PASA EL TURNO, NORMOCARDICO, AFEBRIL, NORMOTENSO GLUCOMETRÍAS CON RESULTADO DE 164-171, ESCALA DEL DOLOR 0, ESCALA DE RASS DE -4, PUPILAS ISOCORICAS CON DIÁMETRO DE 3MM LENTAS, SE REALIZA HIGIENE ORAL CON GASAS, MAS AGUA, NELATON NUMERO 12, SISTEMA DE SUCCIÓN, CLOREXHIDINA ENJUAGUE, LESIONES EN CAVIDAD ORAL, EDENTULA, LENGUA SABURRAL, SE TOMA MUESTRAS PARA GASES ARTERIALES, CH, CR, BUN, PCR PENDIENTE VIGILAR EVOLUCIÓN, SE TALLA CON FACILIDAD,

ALTO RIESGO DE LESIONES DE PIEL, RELACIONADO CON POSTRACIÓN EN CAMA, EDAD, HUMEDAD, RIESGO DE INFECCIÓN RELACIONADO CON ELEMENTOS INVASIVOS (, SONDA NASOGÁSTRICA SONDA VESICAL, CATÉTER CENTRAL, LINEA ARTERIAL, TUBO OROTRAQUEAL,) PROCESO HOSPITALARIO Y CUIDADOS DE LA SALUD

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 136 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

RIESGO DE CAIDAS

Nota realizada por: MARICELA ALVARADO BURBANO Fecha: 02/02/22 05:57:25

MARICELA ALVARADO BURBANO

Reg. 34674671/346746

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 293 FECHA 02/02/2022 06:05:30 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

REPORTE DE PARACLINICOS

- GASES ARTERIALES EN EQUILIBRIO ACIDO BASE, DISFUNCION PULMONAR MODERADA, ELECTROLITOS NORMALES, NORMOLACTATEMIA.
- ELECTROLITOS NORMALES
- LEUCOCITOSIS LEVE SOSTENIDA, NO ANEMIA, PLAQUETAS NORMALES
- AZOADOS NORMAL

PLAN: CONTINUAR IGUAL MANEJO EN USO

Evolución realizada por: JENNY JOHANA DIAZ JATIVA-Fecha: 02/02/22 06:05:35

JENNY JOHANA DIAZ JATIVA

Reg. 1085328083

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 297 FECHA 02/02/2022 09:24:08 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
24,00	1,00 AMPOLLAS	CLORURO DE SODIO SOL INY 20 MEQ/ML/10 M L 20 MEQ/10ML	INTRAVENOSO	1 Hora	MODIFICADO

SS MEDIO ISOTONIA 30 CC HORA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 137 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaereo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS**

Cantidad	Descripción	
1	PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA E INTENSIFICADOR DE IMAGEN	En proceso
1	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	En proceso

MAÑANA

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	
1	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L	Realizado

MAÑANA

RECUENTO DE LEUCOCITOS :12.44 x10³/ 5 - 10

NEUTROFILOS % :90.70 % 40.3 - 74.8

LINFOCITOS % :4.30 % 12.2 - 47.1

MONOCITOS % :4.30 % 4.4 - 12.3

EOSINOFILOS % :0.00 % 0.01 - 4.4

BASOFILOS % :0.00 % 0.01 - 0.7

NEUTROFILOS Abs :11.29 x10³/ 1.82 - 7.42LINFOCITOS Abs :0.53 x10³/ 1.5 - 4MONOCITOS Abs :0.53 x10³/ 0.03 - 0.77EOSINOFILOS Abs :0.00 x10³/ 0.03 - 0.44BASOFILOS Abs :0.00 x10³/ 0.01 - 0.05RECUENTO DE ERITROCITOS :3.81 x10⁶/ 4.6 - 6.2

HEMATOCRITO :29.9 % 40 - 54

HEMOGLOBINA :10.90 g/dl 13.5 - 18

MCV :78.5 fl 86 - 96

MCH :28.6 pg 25 - 31

MCHC :36.5 g/dl 32 - 38

RDW :13.70 % 11 - 15

RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO :291 x10³/ 150 - 450

MPV :12.6

fl 6.4 - 13

RECUENTO DIFERENCIAL MANUAL :- -

FECHA Y HORA DE APLICACION:03/02/2022 01:33:50TECNICA EMPLEADA : METODO: LASER SEMICONDUCTOR REALIZADO

POR : DINA LUZ OROZCO OROZCO

2 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)**Pendiente**

MAÑANATARDE

1 NITROGENO UREICO (BUN)**Realizado**

MAÑANA

NITROGENO UREICO :20.6 mg/dl 8 - 23

FECHA Y HORA DE APLICACION:03/02/2022 01:59:20TECNICA EMPLEADA : METODO: UV CINETICO REALIZADO POR :

MARIA VICTORIA SANABRIA JIMENEZ

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**1 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS****Realizado**

MAÑANA

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS :0.51 mg/dl 0.67 - 1.17

FECHA Y HORA DE APLICACION:03/02/2022 01:59:20TECNICA EMPLEADA : METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.

REALIZADO POR : MARIA VICTORIA SANABRIA JIMENEZ

1 PROTEINA C REACTIVA PRUEBA SEMICUANTITATIVA**Realizado**

MAÑANA

PROTEINA C REACTIVA SEMIAUTOMATIZADO :190.91 mg/L 0.6 - 5

FECHA Y HORA DE APLICACION:03/02/2022 01:59:20TECNICA EMPLEADA : METODO: INMUNOTURBIDIMETRIA REALIZADO

POR : MARIA VICTORIA SANABRIA JIMENEZ

ROGGER FLEIDER ROSERO RIASCOS

Reg. 1088735613

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****299****FECHA 02/02/2022 12:56:31****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

EVOLUCION UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

INTENSIVISTA DE SALA: DR. A. TROCHEZ

MED SALA: R. ROSERO

PACIENTE HENRY POLINDARA DE 68 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE TRABAJO:

. IRA TIPO I

. NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS

. CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022

. TEP DESCARTADO

. ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUIRIENTE

. ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

CRITERIO DE INFECCION POR SARS-COV2:

. CLINICO: CUADRO CLINICO DE 5 DIAS CON SINTOMAS RESPIRATORIOS

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

. MICROBIOLOGIA CON Ag SARS-COV2 22-01- 2022 POSITIVO.

. PARACLINICOS: TROPONINA 0.010-0.006 - DIMERO D 70400 - PANEL VIRAL NEGATIVO

ANTIBIOTICOTERAPIA:

. AMPICILINA SULBACTAM F.I. 26/01/22 FF: 01/02/22

. AZITROMICINA F.I. 26/01/22 FF: 01/02/22

OTROS MEDICAMENTOS:

. DEXAMETASONA FI 26/01/22

MICROBIOLOGIA:

. 30/01/22 CULTIVO SECRECION BRONQUIAL: NEG 24 HORAS

. 26/01/22 CULTIVO DE SECRECION BRONQUIAL NEGATIVO 48 HORAS

. 26/01/22 HEMOCULTIVOS 1-2-3 NEGATIVOS A LAS 72 HORAS

. 26/01/22 UROCULTIVO NEGATIVO

. 26/01/22 BACILOSCOPIA EN SECRECION BRONQUIAL NEGATIVA

EVENTOS

. BAJO VENTILACION MECANICA INVASIVA MODO CPAP

. ESTABILIDAD HEMODINAMICA.

. PRONO VIGIL CON COLABORCION PARCIAL

. NO FIEBRE

. DISFUNCION PULMONAR MODERADA

. ELECTROLITOS HIPOKALEMIA LEVE

EXAMEN FISICO

TA 118/74 – PAM 85 – FC 86 X MIN – FR 28 X MIN - TEMP 36,5°C

MUCOSAS HUMEDAS

ORL ASPECTO NORMAL

CUELLO LLENADO YUGULAR NORMAL

TORAX SIMETRICO SIN RETRACCIONES

PULMONES CON LEVE HIPOVENTILACION EN ACP, SIN SOBREGREADOS

CORAZON REGISTRO ELECTROCARDIOGRAFICO EN SINUSAL. NO SOPLOS

ABD BLANDO, NO SIGNOS PERITONEALES

GU GENITALES EXTERNOS DE ASPECTO NORMAL. MICCION ESPONTANEA 0.7 CC /KG / HORA.

EXT SIMETRICAS SIN EDEMAS. PERFUSION DISTAL CON LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS Y PULSOS DISTALES ++/++++

SNC: RASS -4.

ANALISIS Y JUSTIFICACION DE LAESTANCIA

PACIENTE CON INFECCION VIRAL MODERADA A GRAVE POR SARS.CO2 CON DETERIORO DE LA MECANICA VENTILATORIA, PACIENTE QUIEN PRESENTO FIBRILACION AURICULAR SE DIO MANEJO CON AMIODARONA YA CONTROLADO, ADEMAS EN CONTROL GASIMETRICO EQUILIBRIO ACIDO BASE, INDICES DE OXIGENACION CON DISFUNCION PULMONAR MODERADA.

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

NOTA: PACIENTE COMPLETANDO 5 DIAS DE VENTILACION MECANICA EN PLAN DE DISMINUCION DE SEDOANALGESIA Y MIRAR TOLERANCIA MODO ESPONTANEO NO DESCARTANDOSE QUE TAMBIEN REQUIERA TRAQUEOSTOMIA , PRONOSTICO AUN RESERVADO. MONITORIA UCI DADO POSIBILIDAD DE COLAPSO VENTILATORIO.

PLAN:

MONITORIA UCI

SS RX PARA MAÑANA

CONTINUAR SOLUCION MEDIO ISOTONICA

RESTO DE MANEJO MEDICO IGUAL

INCIAR DESTETE DE SEDACION Y VALORAR EVOLUCION

SS PARA CLINICOS TARDE Y MAÑANA

CSV IC

NOTA: SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (BATA, UNIFORME ANTIFLUIDO, CARETA, MONOGAFAS, MASCARILLA Y GUANTES) , SE REALIZA ADEMAS DURANTE SU ATENCION LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS CORRESPONDIENTES, SEGUN LINEAMIENTOS PROTOCOLARIOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES DEL MINISTERIO DE SALUD, POR CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA SARS-COV2.

Evolución realizada por: ROGGER FLEIDER ROSERO RIASCOS-Fecha: 02/02/22 13:08:02**ROGGER FLEIDER ROSERO RIASCOS**

Reg. 1088735613

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****301****FECHA 02/02/2022 14:38:17****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****TERAPIAS****Cantidad****Descripción****Estado****1****TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL****Realizado**

PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD

DIAGNOSTICOS DE TRABAJO:

. IRA TIPO I

. A DESCARTAR TEP

. NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

. CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022

. ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUEIENTE

. ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

A LA EVALUACION PACIENTE BAJO SEDOANALGESIA, INTUBADO CONECTADO A VM MODO CPAP PEEP 10PS 10 FIO2 30% CON SPO2 DE 95% . SE REALIZA SESION DE TERAPIA RESPIRATORIA MEIDNATE NASOFRAINGE Y OROFARINGE. DE MOMENTO CON MONITORIA VENTILATORIA EN RANGOS DE PROTECCION PULMONAR

SE REALIZA CAMBIOD E LA FIJACION DEL TOT Y SE VEIFICA PRESION DEL NEUMOTAPONADOR. TOLERA TRATAMIENTO SIN COMPLICACIONES

SE ATIENDE UTILIZIANDO TODOS LOS EPP SUMINISTRADOS POR LA INSTITUCION DEACUERDO A RECOMENDACIONES POR PANDEMIA COVID 19 Y SIGUIENDO PROTOCOLO DE LOS 5 MOMENTOS DEL LAVADO DE MANOS

FT. IVAN DARIO CHAVARRO URRUTIA

FECHA Y HORA DE APLICACION:02/02/2022 14:38:38 REALIZADO POR: IVAN DARIO CHAVARRO URRUTIA

IVAN DARIO CHAVARRO URRUTIA

Reg. 1061705771/1903

FISIOTERAPIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****304****FECHA 02/02/2022 16:17:56****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

CHEQUEO DE HISTORIA CLINICA, TURNO DIA

PACIENTE EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO COVID, CON DIAGNOSTICOS: IRA TIPO I, NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS, CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022, TEP DESCARTADO, ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUIRIENTE, ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL; A LA VALORACION TA: 111/65 TAM: 89, FR: 25, FC: 80, T°C: 36.6; NEUROLOGICO: BAJO EFECTOS SEDACION CON FENTANILO - MIDAZOLAM, RASS -3, PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS; VENTILATORIO: TORAX SIMETRICO, EN VENTILACION MECANICA MODO CPAP VT: 339, FR: 24, FIO2: 30, PEEP: 10, PIM: 23, SPO2: 96%; HEMODINAMICAMENTE: ESTABLE, PRESION ARTERIAL CON TENDENCIA A LA HIPERTENSION, LLENADO CAPILAR 2 SEG; METABOLICO: HIPERNATREMIA EN MANEJO CON SOLUCION 1/2 ISOTONICA A 30CC/H, ULTIMA GLUCMETRIA 177MGR/DL; HEMATOLOGICO: RECIBE ANTICOAGULACION; INFECCIOSO: AFEBRIL, RECIBE ESQUEMA DE TTO ANTIBIOTICO CON AMPI/SULBACTAM, HEMOCULTIVOS DEL 26/01

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 142 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953**Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

NEGATIVOS; GASTROINTESTINAL: SONDA OROGASTRICA PERMEABLE, RECIBIENDO GLUCERNA A 32CC/H, ABDOMEN DEPRESIBLE, PERISTALTISMO PRESENTE; RENAL: ELIMINA ESPONTANEO POR SONDA VESICAL, DIURESIS ADECAUDA; PIEL: EDEMA EN MANOS, EQUIMOSI EN SITIOS DE VENOPUNCION, ALTO RIESGO DE UPP.

INVASIVOS:

TOT. 28/01

SOG. 28/01

CATETER VENOS CENTRAL SUBCALVIO DERECHO. 28/01. PERMEABLE SIN SIGNOS DE INFECCION. 31/01 CURACION

LINEA ARTERIAL RADIAL IZQUIERDA. 30/01. PERMEABLE SIN SIGNOS D INFECCION. CURACION 02/02

SONDA VESICAL. 28/01

EVENTOS:

TOLERANDO DESTETE DE SEDACION.

AFEBRIL

ESTABLE HEMODINAMICAMENTE

DISFUNCION PULMONAR MODERADA

EN LA MAÑANA:

RESVISTA MEDICA

MONITORIA UCI

CUIDFADO INTEGRAL POR ENFERMERIA

RTERAPIA RESIPRATORIA

LABORATORIOS DE CONTROL EN LA NCOHE

EN DESTETE DE SEDACION Y DISMINUCION DE PARAMETROS VENTILATORIOS

CAMBIOS SEGUN EVOLUCION

RESTO, CONTINUA MANEJ ESTABLECIDO.

Nota realizada por: MARIA ANTONELA PARRA HURTADO Fecha: 02/02/22 16:17:58**MARIA ANTONELA PARRA HURTADO****Reg. 25278467/252784****ENFERMERIA****SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO 306 FECHA 02/02/2022 18:19:55 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

paciente de sexo masculino de 68 años de edad, en la unidad de cuidados intensivos respiratoria, manejada como intensivo, en regulares condiciones de salud, en cama con barandas en alto por su seguridad, manilla y tableros

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

correctamente rotulados con sus respectivos datos personales. una escala neurologica de 3/15, monitorizacio continua invasiva, signos vitales en el momento entre los parametros normales, linea arterial ubicada en msi mas trasductor permeable, con soporte de oxigeno por tot el cual se encuentra conectado a ventilador mecanico con un fio2 al 30 %, sonda orogastrica permeable por la cual se encuentra pasando nutricion enteral de clucerna a 22cc/hora, cateter venoso central trilumen derecho, el cual el primer lumen se encuentra pasando solucion 1/2 hisotonoca de 482 de agua esteril + 18cc de natrol a 30cc/hora, 2 y 3 lumen utilizado para el paso de medicamentos y de antibioticos sin signos de flebitis, 1 acceso venoso periferico ubicado en msd permeable + conector permeable sin signos de flebitis por el cual se encuentra pasando goteo de sedaciones de fentanyl a 5cc/hora y de midazolam a 5cc/hora, goteos titulables, elimina por sonda vesical la cual se encuentra conectada a cystoflo, pañal desechable limpio y seco, con alto riesgo de presentar upp, por su estadia prolongada en cama, se observa edema generalizado, en miembros superiores e inferiores, equimosis en miembros superiores por anteriores venopunsiones, se talla congran facilidad, piel sana e integra, durante el turno del dia pasa estable, con alteraciones en sus signos vitales, se le brinda asistencia en todas sus necesidades basicas, tolera todos los procedimientos realizados sin inconvenientes, tolera todos los medicamentos administrados sin complicaciones, se le brinda asistencia en todas sus necesidades basicas, se realiza baño en cama, higiene oral con clorexidina, se hidrata piel, se realzian cambios de posicion cada 2 horas, no realiza deposicion, continua al cuidado de enfermeria en espera de nueva valoracion medica para definir su conducta intrahospitalaria.

Nota realizada por: FELIPE ALEJANDRO ARBOLEDA MARTINEZ **Fecha:** 02/02/22 18:19:57FELIPE ARBOLEDA**FELIPE ALEJANDRO ARBOLEDA MARTINEZ****Reg. 1900750****AUXILIAR DE ENFERMERIA****SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO 310 FECHA 02/02/2022 22:11:02 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION****FORMULA MÉDICA**

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
8,00	2,00 AMPOLLAS	AMPICILINA/SULBACTAM POL PARA RECONST A SOL. INY. 1.5 G. 1.5 G	INTRAVENOSO	6 Horas	SUSPENDIDO



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 144 de 293

Fecha: 24/03/22

G.eta: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

JANE JANINE ROJAS ECHEVERRY

Reg. 1117487964/1908

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 311 FECHA 02/02/2022 23:03:28 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

TERAPIAS

Cantidad	Descripción	Estado
1	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	Realizado

PACIENTE QUIEN ES VALORADO Y ATENDIDO CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REGLAMETARIOS SEGUN CONTINGENCIA DE SARS COV-2 (GUANTES , TAPABOCAS N95, GORRO , MONOGAFAS , CARETA) Y SE REALIZA LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS ESTIPULADOS POR LOS PROTOCOS INSTITUCIONALES.

PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS, CON DIAGNOSTICOS MEDICOS:

- . IRA TIPO I
- . A DESCARTAR TEP
- . NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS
- . CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022
- . ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUEIENTE
- . ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

EN CRITICAS CONDICIONES GENERALES, INDICES DE OXIGENACION CON DISFUNCION PULMONAR MODERADA, CON SOPORTE VENTILATORIO TOT 7.5 C/B FIJO A 25 CM EN COMISURA LABIAL DERECHA, CON LOS SIGUIENTES PARAMETROS VENTILATORIAS: MODO: CPAP+PS, PEEP: 8 CMH2O, PS: 12 CMH2O, FIO2: 30.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO FISIOTERAPEUTICO DE: ALTERACIONES DE LA VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN E INTERCAMBIO GASEOSO, CAPACIDAD AERÓBICA Y RESISTENCIA ASOCIADO CON DISFUNCIÓN DE LA BOMBA VENTILATORIA.

EVALUACION: PACIENTE BAJO EFECTOS DE SEDOANALGECIA EN DESTETE, CORAZON RITMICO, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, TORAX SIMETRICO, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SINCRONICA CON EL VENTILADOR MECANICO A LA AUSCULTACION ENCUENTRO MURMULLO VESICULAR EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, NO RUIDOS SOBREGREGADOS, REALIZO MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL, LAVADO Y ASPIRACION ESCASA CANTIDAD DE SECRECIONES MUCOIDES POR TUBO OROTRAQUEAL Y HIALINAS EN ESCASA CANTIDAD POR OROFARINGE, VIA AEREA ARTIFICIAL QUEDA PERMEABLE, SE VERIFICA LA PRESION DEL NEUMOTAPONADOR A 24 CMH2O, FINALIZA CON HIGIENE DE CAVIDAD ORAL, NO COMPLICACIONES, PACIENTE TOLERA LA TERAPIA DE MANERA ADECUADA.

EN EL MOMENTO SIN ACOMPAÑANTE A QUIEN INFORMAR Y EDUCAR SOBRE LA NATURALEZA Y OBJETIVOS DE LA TERAPIA, ASI COMO LOS RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES DERIVADAS DE ELLA, ADEMAS DEL RIESGO DE CAIDAS Y

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 145 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953

Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

LESIONES DE PIEL.

REALIZADO POR: FABIAN SALOMON CHAVEZ

FECHA Y HORA DE APLICACION: 02/02/2022 23:03:38 REALIZADO POR: FABIAN SALOMON CHAVEZ CARVALLO

FABIAN SALOMON CHAVEZ CARVALLO

Reg. 1061741923

FISIOTERAPIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

313

FECHA 02/02/2022 23:34:05

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

SE ABRE FOLIO PARA CHEQUEO DE HISTORIA CLINICA DURANTE EL TURNO DE LA NOCHE .

Nota realizada por: ANA MILENA DUARTE DIAZ Fecha: 02/02/22 23:34:07

ANA MILENA DUARTE DIAZ

Reg. 25278313/252783

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

314

FECHA 02/02/2022 23:56:59

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 TABLETA	ESOMEPRAZOL TABLETA X 40 MG 40 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
CAD DIA					
18,00	6,00 VIAL	INSULINA GLULISINA PEN PRELLENADO EQ. A 300 UI SOL INYEC 100 UI/ML/3 ML (APIDR A SOLOSTAR) 100 UI	SUBCUTANEA	8 Horas	CONTINUAR

solso si glcmetrias superiro a 180



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 146 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

JANE JANINE ROJAS ECHEVERRY

Reg. 1117487964/1908

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

315

FECHA 03/02/2022 00:15:31

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO

Cantidad

Descripción

6

GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]

Pendiente

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 TABLETA	ESOMEPRAZOL TABLETA X 40 MG 40 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
CAD DIA					
18,00	6,00 VIAL	INSULINA GLULISINA PEN PRELLENADO EQ. A 300 UI SOL INYEC 100 UI/ML/3 ML (APIDR A SOLOSTAR) 100 UI	SUBCUTANEA	8 Horas	CONTINUAR
solso si glcumentrias superiro a 180					
1,00	1,00 AMPOLLAS	HEPARINA DE BAJO PESO (ENOXAPARINA) SOL INY 60 MG/0.6 ML 60 MG/0.6 ML	SUBCUTANEA	24 Horas	CONTINUAR
24,00	1,00 AMPOLLAS	CLORURO DE SODIO SOL INY 20 MEQ/ML/10 M L 20 MEQ/10ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
SS MEDIO ISOTONIA 30 CC HORA					
1,00	1,00 AMPOLLAS	DEXAMETASONA SODIO FOSFATO SOL INY 8 M G/2 ML 8 MG	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
6 MG EV DIA POR 10 DIAS PREVIA DESPARASITACION					
48,00	2,00 AMPOLLAS	FENTANILO CITRATO EQ. A FENTANILO SOLUCI ON INYECTABLE 0.5 MG/10 ML 0.5MG/10ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
RASS - 3					
288,00	12,00 AMPOLLAS	MIDAZOLAM SOLUCION INYECTABLE 5 MG/5 ML 5 MG	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
RASS -3					
720,00	1,00 LPC	GLUCERNA ALIMENTO ESPECIAL PARA PACIENTE S CON INTOLERANCIA A LA GLUCOSA 1.5 KCAL	OROGASTRICA	1 Hora	CONTINUAR

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 147 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

SUSPENSION 1000ML 1000 ML

ADMINISTRAR 1224 CC EN 24 HORAS, POR SONDA OROGASTRICA. ALCANZAR PROGRESIVAMENTE EL VOLUMEN TOTAL SEGUN INDICACION DE NUTRICION

3,00	1,00 CAJA	CLORHEXIDINA DIACETATO O DIGLUCONATO ENJ	BUCAL	8 Horas	CONTINUAR
------	-----------	--	-------	---------	------------------

UAGUE BUCA NO APLICA

10 ML CADA 8 H INTUBADA

JANE JANINE ROJAS ECHEVERRY

Reg. 1117487964/1908

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 317 **FECHA** 03/02/2022 05:22:03 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

REPORTE DE PARACLINICOS RETROSPECTIVOS

TURNO DR TROCHEZX INTENSIVISTA DE TURNO

GASES ART DE CONTROL RETROSPECTIVOS

FIO2 0.3

PH 7,504 PCO2 34,8 CHCO3 28 PO2 62 PAFI 207 K 4,4 NA 136 CL 104 LACT 1,3

HEMOGRAMA LEUCOS 12440 NEUTROFILOS 11290 LINF 530 HB 10,9 PLAQ 291000 PCR 190 CR 0,5 BUN 20

PLAN SE MANTIENE MANEJO MEDICO ESTABLECIDO ATENTOS

Evolución realizada por: JANE JANINE ROJAS ECHEVERRY-Fecha: 03/02/22 05:23:55**JANE JANINE ROJAS ECHEVERRY**

Reg. 1117487964/1908

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 318 **FECHA** 03/02/2022 06:09:03 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

Paciente en la unidad de cuidado intensivo en cama con barandad en alto y freno de seguridad puesto, con cabecera elevada a 35 °, con sonda nasogastrica la cual se irriga dejando escaso residuo gastrico, con sonda vesical conectada a

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 148 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

cystofolo, durante la noche se le asiste en sus necesidades básicas y de enfermería, cambios de posición e hidratación de la piel, se le toman gases arteriales y laboratorios de control por orden médica.

Nota realizada por: LINA MARCELA DORADO FIGUEROA Fecha: 03/02/22 06:09:05

LINA MARCELA DORADO FIGUEROA

Reg. 19-01638

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 322 FECHA 03/02/2022 07:44:50 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

ABRO FOLIO PARA CHEQUEO DE HISTORIA CLINICA

Nota realizada por: NATALIA MARITZA BOLAÑOS ORDOÑEZ Fecha: 03/02/22 07:44:59

NATALIA MARITZA BOLAÑOS ORDOÑEZ

Reg. 1053858796

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 323 FECHA 03/02/2022 08:47:56 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
2,00	1,00 TABLETA	BISACODILO TABLETA 5 MG 5 MG	ORAL	12 Horas	NUEVO
4,00	1,00 AMPOLLAS	FUROSEMIDA SOL INY 20 MG/2 ML 20 Mg	INTRAVENOSO	6 Horas	NUEVO
5 MG IV CADA 6 HORAS					
1,00	1,00 TABLETA	ESPIRONOLACTONA TABLETA X 100 MG 100 MG	ORAL	24 Horas	NUEVO
48,00	2,00 AMPOLLAS	DEXMEDETOMIDINA SOL INY 100 MCG/ML/2ML	INTRAVENOSO	1 Hora	NUEVO
		100 MCG/ML			

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

RASS -1

ORDENES DE LABORATORIO**Cantidad Descripción****1** HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L **Realizado**

MAÑANA

RECUENTO DE LEUCOCITOS :13.91 x10³/ 5 - 10

NEUTROFILOS % :86.90 % 40.3 - 74.8

LINFOCITOS % :6.30 % 12.2 - 47.1

MONOCITOS % :5.80 % 4.4 - 12.3

EOSINOFILOS % :0.00 % 0.01 - 4.4

BASOFILOS % :0.10 % 0.01 - 0.7

NEUTROFILOS Abs :12.10 x10³/ 1.82 - 7.42LINFOCITOS Abs :0.87 x10³/ 1.5 - 4MONOCITOS Abs :0.80 x10³/ 0.03 - 0.77EOSINOFILOS Abs :0.00 x10³/ 0.03 - 0.44BASOFILOS Abs :0.01 x10³/ 0.01 - 0.05RECUENTO DE ERITROCITOS :4.00 x10⁶/ 4.6 - 6.2

HEMATOCRITO :31.2 % 40 - 54

HEMOGLOBINA :11.40 g/dl 13.5 - 18

MCV :78.0 fl 86 - 96

MCH :28.5 pg 25 - 31

MCHC :36.5 g/dl 32 - 38

RDW :13.50 % 11 - 15

RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO :348 x10³/ 150 - 450

MPV :11.8

fl 6.4 - 13

RECUENTO DIFERENCIAL MANUAL :- -

FECHA Y HORA DE APLICACION:04/02/2022 01:17:58TECNICA EMPLEADA : METODO: LASER SEMICONDUCTOR REALIZADO

POR : JORGE ARMANDO GARAY BARBOZA

2 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)**Pendiente**

MAÑANATARDE

1 NITROGENO UREICO (BUN)**Realizado**

MAÑANA

NITROGENO UREICO :18.9 mg/dl 8 - 23

FECHA Y HORA DE APLICACION:04/02/2022 01:17:58TECNICA EMPLEADA : METODO: UV CINETICO REALIZADO POR :

JORGE ARMANDO GARAY BARBOZA

1 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS**Realizado**

MAÑANA

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 150 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS :0.63 mg/dl 0.67 - 1.17

FECHA Y HORA DE APLICACION:04/02/2022 01:17:58TECNICA EMPLEADA : METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.

REALIZADO POR : JORGE ARMANDO GARAY BARBOZA

1 PROTEINA C REACTIVA PRUEBA SEMICUANTITATIVA**Realizado**

MAÑANA

PROTEINA C REACTIVA SEMIAUTOMATIZADO :106.24 mg/L 0.6 - 5

FECHA Y HORA DE APLICACION:04/02/2022 01:17:58TECNICA EMPLEADA : METODO: INMUNOTURBIDIMETRIA REALIZADO

POR : JORGE ARMANDO GARAY BARBOZA

LUIS EDUARDO SARRIA AYERBE

Reg. 10533972/02803-

CUIDADO CRITICO**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****324****FECHA 03/02/2022 09:22:16****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

EVOLUCION UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

INTENSIVISTA DE SALA: DR. LUIS E. SARRIA

MED SALA: R. ROSERO

PACIENTE HENRY POLINDARA DE 68 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE TRABAJO:

. IRA TIPO I

. NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS

. CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022

. TEP DESCARTADO

. ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUIRIENTE

. ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

CRITERIO DE INFECCION POR SARS-COV2:

. CLINICO: CUADRO CLINICO DE 5 DIAS CON SINTOMAS RESPIRAORITOS

. MICROBIOLOGIA CON Ag SARS-COV2 22-01- 2022 POSITIVO.

. PARACLINICOS: TROPONINA 0.010-0.006 - DIMERO D 70400 - PANEL VIRAL NEGATIVO

ANTIBIOTICOTERAPIA:

. AMPICILINA SULBACTAM F.I. 26/01/22 FF: 01/02/22

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

. AZITROMICINA F.I. 26/01/22 FF: 01/02/22

OTROS MEDICAMENTOS:

. DEXAMETASONA FI 26/01/22

MICROBIOLOGIA:

- . 30/01/22 CULTIVO SECRECION BRONQUIAL: NEG 24 HORAS
- . 26/01/22 CULTIVO DE SECRECION BRONQUIAL NEGATIVO 48 HORAS
- . 26/01/22 HEMOCULTIVOS 1-2-3 NEGATIVOS A LAS 72 HORAS
- . 26/01/22 UROCULTIVO NEGATIVO
- . 26/01/22 BACILOSCOPIA EN SECRECION BRONQUIAL NEGATIVA

EVENTOS

- BAJO SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO MODO CPAP
- . SIN SOPORTE HEMODINAMICO
- . NO FIEBRE, LEUCOCITOSIS LEVE, PCR EN ASCENSO
- . DISFUNCION PULMONAR MODERADA PAFI 207
- . ELECTROLITOS POTASIO REPOSICION COMPLETA

EXAMEN FISICO

TA 166/85 – PAM 112 – FC 80 X MIN – FR 28 X MIN - TEMP 36,6°C
MUCOSAS HUMEDAS
ORL ASPECTO NORMAL
CUELLO LLENADO YUGULAR NORMAL
TORAX SIMETRICO SIN RETRACCIONES
PULMONES CON LEVE HIPOVENTILACION EN ACP, SIN SOBREAAGREADOS
CORAZON REGISTRO ELECTROCARDIOGRAFICO EN SINUSAL. NO SOPLOS
ABD BLANDO, NO SIGNOS PERITONEALES.
GU GENITALES EXTERNOS DE ASPECTO NORMAL. MICCION ESPONTANEA 0.8CC /KG / HORA.
EXT SIMETRICAS SIN EDEMAS. PERFUSION DISTAL CON LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS Y PULSOS DISTALES ++/++++
SNC: RASS -4.

ANALISIS Y JUSTIFICACION DE LAESTANCIA

PACIENTE CON INFECCION VIRAL MODERADA A GRAVE POR SARS.CO2 CON DETERIORO DE LA MECANICA VENTILATORIA, PACIENTE QUIEN PRESENTO FIBRILACION AURICULAR SE DIO MANEJO CON AMIODARONA YA CONTROLADO, ADEMAS EN CONTROL GASIMETRICO EQUILIBRIO ACIDO BASE, INDICES DE OXIGENACION CON DISFUNCION PULMONAR MODERADA.
PACIENTE COMPLETANDO 6 DIAS DE VENTILACION MECANICA EN PLAN DE DISMINUCION DE SEDOANALGESIA Y VALORAR TOLERANCIA MODO ESPONTANEO NO DESCARTANDOSE QUE TAMBIEN REQUIERA TRAQUEOSTOMIA, SE AÑADE DEXMEDETOMIDIANA PARA AGITACION. SE AÑADE DIURETICO PARA AYUDAR A LA MICCION, PACIENTE CON PRONOSTICO AUN RESERVADO.
MONITORIA UCI DADO REQUERIMIENTO DE VENTILACION MECANICA.

PLAN:

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 152 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

MONITORIA UCI

NUEVO: DEXMEDETOMIDIANA INF CONTINUA PARA RASS -1

NUEVO: FUROSEMIDA AMP 10 MG IV CADA 6 HORAS

NUEVO: BISACODILO TAB 4 MG VO CADA DIA

RESTO DE MANEJO MEDICO IGUAL

INCIAR DESTETE DE SEDACION Y VALORAR EVOLUCION

SS PARACLINICOS TARDE GASES ARTERIALES Y MAÑANA PARACLINICOS CONTROL

CSV IC

NOTA: SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (BATA, UNIFORME ANTIFLUIDO, CARETA, MONOGAFAS, MASCARILLA Y GUANTES) , SE REALIZA ADEMAS DURANTE SU ATENCION LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS CORRESPONDIENTES, SEGUN LINEAMIENTOS PROTOCOLARIOS INTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES DEL MINISTERIO DE SALUD, POR CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA SARS-COV2.

Evolución realizada por: LUIS EDUARDO SARRIA AYERBE-Fecha: 03/02/22 09:24:32**LUIS EDUARDO SARRIA AYERBE**

Reg. 10533972/02803-

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 332 **FECHA** 03/02/2022 14:58:42 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****TERAPIAS**

Cantidad	Descripción	Estado Realizado
1	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	
NOTA RETROSPECTIVA: 03/02/22 11+00H, PACIENTE CON GOTE DE SEDOANALGESIA CON SOPORTE DE VENTILACION MECANICA INVASIVA, MODO AC,VT 470ml, FR 14RPM, FIO2 30%, PEEP 8cmH2O, SATO2 92%, DOMINIO CARDIOPULMONAR, PATRON C. SE OBSERVA CAVIDAD ORAL LIMPIA, SE VERIFICAN ALARMAS DEL VM, SE OBSERVA SUJETADOR DE TOT EN BUENAS CONDICIONES Y ADECUADA POSICION, CON PUNTO FIJO EN 24cm, SE VERIFICA PRESION DEL NEUMOTAPONADOR EN 24cmH2O, SIGUIENDO ORDEN MEDICA CON LA CABECERA ELEVADA A 45 GRADOS, SE REALIZA UNA TERAPIA RESPIRATORIA, MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL, LAVADO DE TOT CON SSN Y ATRAVES DE SISTEMA DE SUCCION CERRADO SE ASPIRA ESCASA CANTIDAD DE SECRECION MUOCOCLANQUECINA POR TOT Y		

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 153 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

POR BOCA, VIA AEREA ARTIFICIAL QUEDA PERMEABLE, SIN COMPLICACIONES DURANTE EL PROCEDIMIENTO. PACIENTE EN EL MOMENTO SIN FAMILIAR A QUIEN EDUCAR SOBRE EL PROCEDIMIENTO Y LOS OBJETIVOS, INTERVENCION REALIZADA POR ADRIANA VERGARA, FISIOTERAPEUTA.

SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (TAPABOCAS N95, MONOGAFAS, CARETA, GUANTES, BATA ANTIFLUIDO, UNIFORME ANTIFLUIDO, ZAPATO CERRADO ANTIFLUIDO), MAS LAVADO DE MANOS EN LOS CINCO MOMENTOS Y DESINFECCION DEL PUESTO DE TRABAJO, SEGUN LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES BAJO PANDEMIA POR SARS COV-2.

FECHA Y HORA DE APLICACION: 03/02/2022 15:01:18 REALIZADO POR: ADRIANA MARIA VERGARA TULANDE

ADRIANA MARIA VERGARA TULANDE

Reg. 34329032/198744

FISIOTERAPIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****333****FECHA 03/02/2022 15:53:36****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

PACIENTE EN REGULAR ESTADO, SNC BAJO SEDOANALGESIA CON RASS -3, CARDIACO: RITMO CARDIACO SINUSAL - PULMONAR: FIO2 0.4 - CONECTADO A VM POR TOT - SAT 98%, TORAX SIMETRICO, ABDOMEN: ABD BLANDO, NO IMPRESIONA DOLOROSO, METABOLICO: RECIBE GLUCERNA POR SNG A 42CC/H, GLUCOMETRIAS ELEVADAS - SE CORRIGE CON INSULINA APIDRA, EXT SIMETRICAS, SIN EDEMAS, PERFUSION DISTAL CON LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS Y PULSOS DISTALES ++, GU GENITALES EXTERNOS MASCULINOS DE ASPECTO NORMAL, PRESENCIA DE SONDA VESICAL A CISTOFLO.

SE ASISTE A CUIDADOS DE ENFERMERIA

CAMBIOS DE POSICION - HIGIENE ORAL - SE HIDRATA LA PIEL

PRESENCIA DE CVC TRANS SUBCLAVIO DERECHO CON SITIO DE INSERCIÓN SIN SANGRADO NI SECRECIONES, NI SIGNOS INFLAMATORIOS LOCALES

PRESENCIA DE LINEA ARTERIAL

DESINFECCION DE LA UNIDAD

POR ORDEN MEDICA SE TOMA GASES ARTERIALES DE CONTROL

Nota realizada por: EDWIN ANDRES VELASCO IBARRA Fecha: 03/02/22 15:53:40**EDWIN ANDRES VELASCO IBARRA**

Reg. 1061740564/19-0

AUXILIAR DE ENFERMERIA

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 154 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 338 **FECHA** 03/02/2022 20:11:17 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

se abre folio para revision de historia clinica ams

Nota realizada por: MARIA LILIANA BOLAÑOS **Fecha:** 03/02/22 20:11:19**MARIA LILIANA BOLAÑOS****Reg.** 34561220**ENFERMERIA****SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 340 **FECHA** 03/02/2022 20:45:43 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

SE ABRE FOLIO PARA CHEQUEO DE HISTORIA CLINICA

Nota realizada por: CLAUDIA ISABEL NOGUERA MELO **Fecha:** 03/02/22 20:45:45**CLAUDIA ISABEL NOGUERA MELO****Reg.** 59706556/522781**ENFERMERIA****SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 342 **FECHA** 03/02/2022 23:31:25 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

REPORTE DE LABORATORIOS

30/01/22 CULTIVO DE SB NEGATIVO A LAS 72 HORAS

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

29/01/22 CULTIVO DE SB NEGATIVO A LAS 72 HORAS

HEMOCULTIVOS EL 26/01/22

Resultado Informe Preliminar: 27/01/2021 Negativo a las 24 horas de incubación.

Resultado Informe Preliminar: 28/01/2021 Negativo a las 48 horas de incubación.

Resultado Informe Preliminar: 29/01/2021 Negativo a las 72 horas de incubación.

Resultado Informe Final: 31/01/2022 Negativo a los 5 días de incubación. -

Evolución realizada por: FRANCISCO RAMON MARQUEZ OSORIO-Fecha: 03/02/22 23:31:32**FRANCISCO RAMON MARQUEZ OSORIO**

Reg. 79552

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO 343 FECHA 04/02/2022 00:04:02 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION****RECOMENDACIONES**

RECOMENDACIONES

.MONITORIA DE UCI

CABECERA ELEVADA A 30-45°.

CAMA CON BARANDAS EN ALTO.

APOORTE DE OXIGENO SEGUN REQUERIMIENTOS.

VENTILACION MECANICA PARAMETROS ESTABLECIDOS

TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA INTEGRAL

CLASIFICAR RIESGO DE CAIDAS, APLICAR MEDIDAS PREVENTIVAS Y CAMILLA CON BARANDAS ELEVADAS PERMANENTEMENTE.

CUIDADOS DE PIEL, MEDIDAS PREVENTIVAS DE ULCERAS POR PRESIÓN Y FLEBITIS.

CUIDADOS DE ACCESOS VASCULARES, VIGILAR CAMBIOS RELACIONADOS CON SANGRADO, INFLAMACIÓN LOCAL Y CIANOSIS.

VIGILANCIA DE TRAZADO ELECTROCARDIOGRAFICO, AVISAR ALTERACIONES DEL RITMO Y TOMAR ECG EN EL EVENTO.

VIGILAR SIGNOS DE SANGRADO O HEMORRAGIA ASI COMO COMPORTAMIENTO NEUROLOGICO

HIGIENE CORPORAL DIARIA Y ORAL 3 VECES AL DÍA.

CONTROL DE LA Y LE

CUANTIFICAR DIURESIS.

CONTROL DE SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS

MANEJO MULTIESPECIALIDAD

CUIDADOS DE SONDAS Y DRENES SEGUN PROTOCOLOS

PLAN NUTRICIONAL

NADA VIA ORAL

GLUCOMETRIAS CADA 4 HORAS

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 156 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

NUTRICION POR GSM

NOTA: SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (BATA, UNIFORME ANTIFLUIDO, CARETA, MONOGAFAS, MASCARILLA Y GUANTES) , SE REALIZA ADEMAS DURANTE SU ATENCION LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS CORRESPONDIENTES, SEGUN LINEAMIENTOS PROTOCOLARIOS INTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES DEL MINISTERIO DE SALUD, POR CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA SARS-COV2..

ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO**Cantidad****Descripción****6** GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]**Pendiente****FORMULA MÉDICA**

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00 CAD DIA	1,00 TABLETA	ESOMEPRAZOL TABLETA X 40 MG 40 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
2,00	1,00 TABLETA	BISACODILO TABLETA 5 MG 5 MG	ORAL	12 Horas	CONTINUAR
18,00	6,00 VIAL	INSULINA GLULISINA PEN PRELLENADO EQ. A 300 UI SOL INYEC 100 UI/ML/3 ML (APIDR A SOLOSTAR) 100 UI	SUBCUTANEA	8 Horas	CONTINUAR
solso si glcumetriass superiro a 180					
1,00	1,00 AMPOLLAS	HEPARINA DE BAJO PESO (ENOXAPARINA) SOL INY 60 MG/0.6 ML 60 MG/0.6 ML	SUBCUTANEA	24 Horas	CONTINUAR
24,00	1,00 AMPOLLAS	CLORURO DE SODIO SOL INY 20 MEQ/ML/10 M L 20 MEQ/10ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
SS MEDIO ISOTONIA 30 CC HORA					
4,00	1,00 AMPOLLAS	FUROSEMIDA SOL INY 20 MG/2 ML 20 Mg	INTRAVENOSO	6 Horas	CONTINUAR
5 MG IV CADA 6 HORAS					
1,00	1,00 TABLETA	ESPIRONOLACTONA TABLETA X 100 MG 100 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
1,00	1,00 AMPOLLAS	DEXAMETASONA SODIO FOSFATO SOL INY 8 M G/2 ML 8 MG	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
6 MG EV DIA POR 10 DIAS PREVIA DESPARASITACION					
48,00	2,00 AMPOLLAS	FENTANILO CITRATO EQ. A FENTANILO SOLUCI ON INYECTABLE 0.5 MG/10 ML 0.5MG/10ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
RASS - 3					
48,00	2,00 AMPOLLAS	DEXMEDETOMIDINA SOL INY 100 MCG/ML/2ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 157 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953

Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Atención Especial: OTROS

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

100 MCG/ML

RASS -1

288,00

12,00 AMPOLLAS

MIDAZOLAM SOLUCION INYECTABLE 5 MG/5 ML
5 MG

INTRAVENOSO

1 Hora

CONTINUAR

RASS -3

720,00

1,00 LPC

GLUCERNA ALIMENTO ESPECIAL PARA PACIENTE
S CON INTOLERANCIA A LA GLUCOSA 1.5 KCAL
SUSPENSION 1000ML 1000 ML

OROGASTRICA

1 Hora

CONTINUAR

ADMINISTRAR 1224 CC EN 24 HORAS, POR Sonda OROGASTRICA. ALCANZAR PROGRESIVAMENTE EL VOLUMEN TOTAL SEGUN INDICACION DE NUTRICION

3,00

1,00 CAJA

CLORHEXIDINA DIACETATO O DIGLUCONATO ENJ
UAGUE BUCA NO APLICA

BUCAL

8 Horas

CONTINUAR

10 ML CADA 8 H INTUBADA

FRANCISCO RAMON MARQUEZ OSORIO

Reg. 79552

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

345

FECHA 04/02/2022 00:16:47

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

TERAPIAS

Cantidad

Descripción

Estado

Realizado

1

TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL

PACIENTE HENRY POLINDARA DE 68 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE TRABAJO:

. IRA TIPO I

. NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS

. CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022

. TEP DESCARTADO

. ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUIRIENTE

. ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 158 de 293

Fecha: 24/03/22

G.eta: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953

Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

RECIBO PACIENTE CONECTADO A VENTILADOR MECANICO MODO CPAP; FIO2 40%, PEEP DE 8 + PSV DE 14, SATURANDO ADECUADAMENTE, PACIENTE ACOPLADO A EL VENTILADOR, SE REALIZAN MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL A TRAVES DE ASPIRACION CON SISTEMA CERRADO DE SUCCION OBTENIENDO SECRESIONES MUCOHIALINAS EN POCA CANTIDAD, ASPIRACION POR OROFARINGE OBTENIENDO SECRESIONES HIALIASN EN MODERADA CANTIDAD, SE VERIFICA PRESION DEL NEUMOTAPONADOR, SE MANEJA CABECERA ELEVADA, NO COMPLICACIONES. SE ATIENDE CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (TAPABOCAS N95, GORRO, MONOGAFAS, BATA ANTIFLUIDO, CARETA, GUANTES) SEGUN LINEAMENTOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES, BAJO CONTEXTO DE PANDEMIA COVID 19. MAS LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS. FT. CAROLINA BARRANTES FECHA Y HORA DE APLICACION:04/02/2022 00:20:55 REALIZADO POR: JENNY CAROLINA BARRANTES PARDO

JENNY CAROLINA BARRANTES PARDO

Reg. 1061731761/19-0

FISIOTERAPIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 346 FECHA 04/02/2022 00:37:46 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

REPORTE DE LABORATORIOS

GASES ARTERIALES

PLH 7,53 PCO2 34 HCO3 29,9 PAFIO2 177 PO2 53 ALCALEMIA MIXTA , DISFUNCOIN PULMONAR MODERADA SODIO 134 POTASIO 4,4 CLORO 102 CALCIO 1,14 LACTATO 1,6 HIPONATREMIA LEVE , RESTO NORMALES IGUAL MANEJO

Evolución realizada por: FRANCISCO RAMON MARQUEZ OSORIO-Fecha: 04/02/22 00:37:50

FRANCISCO RAMON MARQUEZ OSORIO

Reg. 79552

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 348 FECHA 04/02/2022 01:47:15 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 159 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953

Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
288,00	12,00 AMPOLLAS	MIDAZOLAM SOLUCION INYECTABLE 5 MG/5 ML 5 MG	INTRAVENOSO	1 Hora	SUSPENDIDO
RASS -3					

FRANCISCO RAMON MARQUEZ OSORIO

Reg. 79552

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 349 FECHA 04/02/2022 02:06:39 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
24,00	1,00 AMPOLLAS	CLORURO DE SODIO SOL INY 20 MEQ/ML/10 M L 20 MEQ/10ML	INTRAVENOSO	1 Hora	SUSPENDIDO
SS MEDIO ISOTONIA 30 CC HORA					

FRANCISCO RAMON MARQUEZ OSORIO

Reg. 79552

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 351 FECHA 04/02/2022 03:14:03 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

REPORTE DE LABORATORIOS

CH LEUCOCITOS 13910 NEUTROFILOS 12100 LINFOCITOS 870 HEMOGLOBIA 11,4 HCTO 31 PLAQUETAS 348000

PCR 106 CREATINA 0,63 BUN 18,9 LEUCOCITOSIS CON NEUTROFILIA EN ASCENSO, LINFOCITOPENIA, HEMOGLOBINA ESTABLE,

PCR ELEVADA EN DESCENSO, AZOADOS NORMALES

POR EL MOMENTO IGUAL MANEJO MEDICO

Evolución realizada por: FRANCISCO RAMON MARQUEZ OSORIO-Fecha: 04/02/22 03:14:10



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 160 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953

Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

FRANCISCO RAMON MARQUEZ OSORIO

Reg. 79552

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 352 FECHA 04/02/2022 04:31:27 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

NOTA

PACIENTE CON POLIURIA POR LO QUE SE INDICA RETIRO DE FUROSEMIDA

Evolución realizada por: FRANCISCO RAMON MARQUEZ OSORIO-Fecha: 04/02/22 04:31:43

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
4,00	1,00 AMPOLLAS	FUROSEMIDA SOL INY 20 MG/2 ML 20 Mg	INTRAVENOSO	6 Horas	SUSPENDIDO
5 MG IV CADA 6 HORAS					

FRANCISCO RAMON MARQUEZ OSORIO

Reg. 79552

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 361 FECHA 04/02/2022 08:51:33 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 VIAL	INSULINA GLARGINA PEN PRELLENADO 100 UI/	INTRAVENOSO	24 Horas	NUEVO

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 161 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaereo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección: CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento: CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

ML/3 ML LANTUS SOLOSTAR 100 UI/ML/3 ML

16 uisc dia

48,00	2,00 AMPOLLAS	FENTANILO CITRATO EQ. A FENTANILO SOLUCI	INTRAVENOSO	1 Hora	SUSPENDIDO
		ON INYECTABLE 0.5 MG/10 ML 0.5MG/10ML			

RASS - 3

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad

Descripción

1 HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L Realizado

mañana

RECUENTO DE LEUCOCITOS :17.32 $\times 10^3/$ 5 - 10

NEUTROFILOS % :80.40 % 40.3 - 74.8

LINFOCITOS % :10.00 % 12.2 - 47.1

MONOCITOS % :8.10 % 4.4 - 12.3

EOSINOFILOS % :0.10 % 0.01 - 4.4

BASOFILOS % :0.10 % 0.01 - 0.7

NEUTROFILOS Abs :13.93 $\times 10^3/$ 1.82 - 7.42LINFOCITOS Abs :1.73 $\times 10^3/$ 1.5 - 4MONOCITOS Abs :1.41 $\times 10^3/$ 0.03 - 0.77EOSINOFILOS Abs :0.01 $\times 10^3/$ 0.03 - 0.44BASOFILOS Abs :0.02 $\times 10^3/$ 0.01 - 0.05RECUENTO DE ERITROCITOS :4.10 $\times 10^6/$ 4.6 - 6.2

HEMATOCRITO :31.9 % 40 - 54

HEMOGLOBINA :11.60 g/dl 13.5 - 18

MCV :77.8 fl 86 - 96

MCH :28.3 pg 25 - 31

MCHC :36.4 g/dl 32 - 38

RDW :13.60 % 11 - 15

RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO :373 $\times 10^3/$ 150 - 450

MPV :12.2

fl 6.4 - 13

RECUENTO DIFERENCIAL MANUAL :- -

FECHA Y HORA DE APLICACION:05/02/2022 00:48:02TECNICA EMPLEADA : METODO: LASER SEMICONDUCTOR REALIZADO

POR : MARIA VICTORIA SANABRIA JIMENEZ

2 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)

Pendiente

tarde y mañana

1 NITROGENO UREICO (BUN)

Realizado

mañana

NITROGENO UREICO :16.4 mg/dl 8 - 23

FECHA Y HORA DE APLICACION:05/02/2022 00:48:02TECNICA EMPLEADA : METODO: UV CINETICO REALIZADO POR :



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 162 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

MARIA VICTORIA SANABRIA JIMENEZ

1 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS

Realizado

madrugada

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS :0.59 mg/dl 0.67 - 1.17

FECHA Y HORA DE APLICACION:05/02/2022 00:48:02TECNICA EMPLEADA : METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.

REALIZADO POR : MARIA VICTORIA SANABRIA JIMENEZ

1 PROTEINA C REACTIVA PRUEBA SEMICUANTITATIVA

Realizado

madrugada

PROTEINA C REACTIVA SEMIAUTOMATIZADO :116.43 mg/L 0.6 - 5

FECHA Y HORA DE APLICACION:05/02/2022 00:48:02TECNICA EMPLEADA : METODO: INMUNOTURBIDIMETRIA REALIZADO

POR : MARIA VICTORIA SANABRIA JIMENEZ

LUIS EDUARDO SARRIA AYERBE

Reg. 10533972/02803-

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

363

FECHA 04/02/2022 12:21:46

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

TERAPIAS

Cantidad

Descripción

Estado

1 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL

Realizado

PCTE CON DXS MEDICOS: IRA TIPO I - NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS - CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022 - TEP DESCARTADO - ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUIRIENTE - ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL, EN EL MOMENTO CON SOPORTE VENTILATORIO EN CPAP + PSV: 8 + PEEP: 5 + FIO2: 40% + SAT: 93%, EN SINCRONIA CON LA VENTILACION MECANICA Y REALIZANDO VOLUMENES ADECUADOS , MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES CON TENDENCIA A LA DISMINUCION BIBASAL, SE INICIA INTERVENCION CON MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL + SUCCION CERRADA CON ASPIRACION DE SECRECIONES POR TUBO OROTRAQUEAL OBTENIENDO SECRECIONES MUCOIDES EN ESCASA CANTIDAD, POR OROFARINGE SE OBTIENEN SECRECIONES HIALINAS EN MODERADA CANTIDAD, SE VERIFICA PRESION DEL NEUMOTAPONADOR EN 24 CMH2O, PCTE TOLERA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.

FT. ALDEMAR BURGOS

1909093 – FISIOTERAPEUTA.

FECHA Y HORA DE APLICACION:04/02/2022 12:21:57 REALIZADO POR: ALDEMAR MUÑOZ BURGOS



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 163 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

ALDEMAR MUÑOZ BURGOS

Reg. 10308347/190909

FISIOTERAPIA EN CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 364 FECHA 04/02/2022 12:27:41 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

se abre folio en el turno de la mañana para revision de historia clinica se canula linea arterial radial derecha queda permeable con retorno

Nota realizada por: ANA MILENA DUARTE DIAZ Fecha: 04/02/22 12:27:43

ANA MILENA DUARTE DIAZ

Reg. 25278313/252783

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 369 FECHA 04/02/2022 18:14:03 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

PACIENTE DE SEXO MASCULINO HENRRY POLINDARA DE 68 AÑOS DE EDAD HOSPITALIZADA EN UCI
PACIENTE EN CAMA CON BARANDAS ELEVADAS FRENO DE CAMA PUESTO , GLASGOW 3/15 ,SONDA NASOGASTRICA FUNCIONAL PASANDO NUTRICIÓN ENTERAL 30CC/H TOT CONECTADO VENTILACION MECANICA ACOPLADO
TÓRAX
SIMÉTRICO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA CATETER CENTRAL SUBCLAVIO DERECHO TRILUMEN
1 VIA PASANDO SEDACION FENTANYL 5CC/H , PRECEDEX 38CC/H
PERMEABLE SIN FILTRACIONES NI FEBLITIS
ABDOMEN
BLANDO DEPRESIBLE EN LA PALPACIÓN

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 164 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

EXTREMIDADES SUPERIORES

SIMÉTRICAS CON ALTERACIONES EN LA MOVILIDAD BAJO SEDACION CONCIENTE ACCESOS VENOSOS PERIFÉRICOS EN IZQUIERDO

PERMEABLE SIN FILTRACIONES NI FLEBITIS LINEA RADIAL IZQUIERDA FUNCIONAL

GENITALES

SONDA VESICAL FUNCIONAL HASTA EL MOMENTO

EXTREMIDADES INFERIORES

SIMÉTRICAS CON ALTERACIONES EN LA MOVILIDAD BAJO SEDACION CONSIENTE PACIENTE EN CONDICIONES CRÍTICAS DE SALUD ,

SE REALIZA BAÑO SECO CAMBIOS DE POSICION HIDRATACION DE LA PIEL PASA , DESINFECCION Sonda Vesical con CLORHEXIDINA

SOLUCION , LIMPIEZA BUCAL CON CLORHEXIDINA BUCAL PASA EL DIA INTRANQUILO AFEBRIL

Nota realizada por: NATALY JOHANA CHICANGANA OROZCO Fecha: 04/02/22 18:14:06**NATALY JOHANA CHICANGANA OROZCO**

Reg. 34331034/343310

AUXILIAR DE ENFERMERIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****372****FECHA 04/02/2022 18:55:11****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

EVOLUCION UCI DIA

NOTA RETROSPECTIVA

PACIENTE HENRY POLINDARA DE 68 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE TRABAJO:

. IRA TIPO I

. NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS

. CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022

. TEP DESCARTADO

. ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUIRIENTE

. ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

CRITERIO DE INFECCION POR SARS-COV2:

. CLINICO: CUADRO CLINICO DE 5 DIAS CON SINTOMAS RESPIRATORIOS

. MICROBIOLOGIA CON Ag SARS-COV2 22-01- 2022 POSITIVO.

. PARACLINICOS: TROPONINA 0.010-0.006 - DIMERO D 70400 - PANEL VIRAL NEGATIVO

ANTIBIOTICOTERAPIA:

. AMPICILINA SULBACTAM F.I. 26/01/22 FF: 01/02/22

. AZITROMICINA F.I. 26/01/22 FF: 01/02/22

OTROS MEDICAMENTOS:

. DEXAMETASONA FI 26/01/22

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**MICROBIOLOGIA:**

- . 30/01/22 CULTIVO SECRECION BRONQUIAL: NEG 24 HORAS
- . 26/01/22 CULTIVO DE SECRECION BRONQUIAL NEGATIVO 48 HORAS
- . 26/01/22 HEMOCULTIVOS 1-2-3 NEGATIVOS A LAS 72 HORAS
- . 26/01/22 UROCULTIVO NEGATIVO
- . 26/01/22 BACILOSCOPIA EN SECRECION BRONQUIAL NEGATIVA

EVENTOS

- BAJO SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO MODO CPAP
- . SIN SOPORTE HEMODINAMICO
- . NO FIEBRE, LEUCOCITOSIS LEVE, PCR EN ASCENSO
- . DISFUNCION PULMONAR MODERADA PAFI 207
- . ELECTROLITOS POTASIO REPOSICION COMPLETA

GASES ART DE CONTROL TARDE

PH 7,530 PCO2 31 CHCO3 26 PAFI 143 K 4 NA 131 CL 97 CLACT 2,7 DISFUNCION PULMONAR MODERADA LEVE

HIPERLACTATEMIA**EXAMEN FISICO**

TA 150/78MMHG- PAM 102 - FC 61X MIN - FR 20 X MIN - TEMP 36,4°C

GLUCOMETRIA 256-146**MUCOSAS HUMEDAS****ORL ASPECTO NORMAL****CUELLO LLENADO YUGULAR NORMAL****TORAX SIMETRICO SIN RETRACCIONES****PULMONES CON LEVE HIPOVENTILACION EN ACP, SIN SOBREALAGRADOS****CORAZON REGISTRO ELECTROCARDIOGRAFICO EN SINUSAL. NO SOPLOS****ABD BLANDO, NO SIGNOS PERITONEALES.****GU GENITALES EXTERNOS DE ASPECTO NORMAL. MICCION ESPONTANEA CONSERVADA****EXT SIMETRICAS SIN EDEMAS. PERFUSION DISTAL CON LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS Y PULSOS DISTALES ++/+++****SNC: RASS -4.****ANALISIS .**

PACIENTE CON INFECCION VIRAL MODERADA A GRAVE POR SARS.CO2 CON DETERIORO DE LA MECANICA VENTILATORIA, PACIENTE QUIEN PRESENTO FIBRILACION AURICULAR SE DIO MANEJO CON AMIODARONA YA CONTROLADO, ADEMAS EN PACIENTE COMPLETANDO 6 DIAS DE VENTILACION MECANICA EN PLAN DE DISMINUCION DE SEDOANALGESIA Y VALORAR TOLERANCIA MODO ESPONTANEO NO DESCARTANDOSE QUE TAMBIEN REQUIERA TRAQUEOSTOMIA

PACIENTE CON PRONOSTICO AUN RESERVADO. MONITORIA UCI DADO REQUERIMIENTO DE VENTILACION MECANICA.

JUSTIFICACION UCI.**VENTILACION MECANICA INVASIVA**

NOTA: SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (BATA, UNIFORME ANTIFLUIDO, CARETA, MONOGAFAS, MASCARILLA Y GUANTES) , SE REALIZA ADEMAS DURANTE SU ATENCION LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS CORRESPONDIENTES, SEGUN LINEAMIENTOS PROTOCOLARIOS INTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES DEL MINISTERIO DE SALUD, POR CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA SARS-COV2.

Evolución realizada por: LUIS EDUARDO SARRIA AYERBE-Fecha: 04/02/22 18:55:18



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 166 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953

Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

LUIS EDUARDO SARRIA AYERBE

Reg. 10533972/02803-

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN:

001

CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

373

FECHA 04/02/2022 19:18:23

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

SE ABRE FOLIO PARA REVISION DE HISTORIA CLINICA Y CAMBIOS

Nota realizada por: JULIAN NDRES COTACIO TOBAR Fecha: 04/02/22 19:18:25

JULIAN NDRES COTACIO TOBAR

Reg. 1061780994

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:

001

CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

376

FECHA 04/02/2022 20:11:01

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

TERAPIAS

Cantidad

Descripción

Estado

1

TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL

Realizado

NOTA RETROSPECTIVA: 04/02/22 21+10H, PACIENTE CON SOPORTE DE VENTILACION MECANICA INVASIVA, MODO CPAP, PSV 8cmH2O, FIO2 30%, PEEP 5cmH2O, SATO2 93%, DOMINIO CARDIOPULMONAR, PATRON C. SE OBSERVA CAVIDAD ORAL LIMPIA, SE VERIFICAN ALARMAS DEL VM, SE OBSERVA SUJETADOR DE TOT EN BUENAS CONDICIONES Y ADECUADA POSICION, CON PUNTO FIJO EN 24cm, SE VERIFICA PRESION DEL NEUMOTAPONADOR EN 24cmH2O, SIGUIENDO ORDEN MEDICA CON LA CABECERA ELEVADA A 45 GRADOS, SE REALIZA UNA TERAPIA RESPIRATORIA, MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL, LAVADO DE TOT CON SSN Y ATRAVES DE SISTEMA DE SUCCION CERRADO SE ASPIRA ESCASA CANTIDAD DE SECRECION MUOCOCLANQUECINA POR TOT Y POR BOCA, VIA AEREA ARTIFICIAL QUEDA PERMEABLE, SIN COMPLICACIONES DURANTE EL PROCEDIMIENTO. PACIENTE EN EL MOMENTO SIN FAMILIAR A QUIEN EDUCAR SOBRE EL PROCEDIMIENTO Y LOS OBJETIVOS, INTERVENCION REALIZADA POR ADRIANA VERGARA, FISIOTERAPEUTA.

SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (TAPABOCAS N95, MONOGAFAS, CARETA, GUANTES, BATA ANTIFLUIDO, UNIFORME ANTIFLUIDO, ZAPATO CERRADO ANTIFLUIDO), MAS LAVADO DE MANOS EN LOS CINCO MOMENTOS Y DESINFECCION DEL PUESTO DE TRABAJO, SEGUN LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 167 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953

Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

BAJO PANDEMIA POR SARS COV-2.

FECHA Y HORA DE APLICACION: 05/02/2022 02:30:40 REALIZADO POR: ADRIANA MARIA VERGARA TULANDE

ADRIANA MARIA VERGARA TULANDE

Reg. 34329032/198744

FISIOTERAPIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 377 FECHA 04/02/2022 21:23:14 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
4,00	2,00 TABLETA	QUETIAPINA FUMARATO TABLETA RECUBIERTA 25 MG 25 MG	ORAL	12 Horas	NUEVO
1,00	1,00 TABLETA	ALPRAZOLAM TAB X 0.5 MG 0.5 MG	ORAL	24 Horas	NUEVO

HELIANA ANDREA ORDOÑEZ GUEVARA

Reg. 1061747111/1061

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 381 FECHA 05/02/2022 02:25:01 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 VIAL	INSULINA GLARGINA PEN PRELLENADO 100 UI/ ML/3 ML LANTUS SOLOSTAR 100 UI/ML/3 ML	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR

16 uisc día

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 168 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

1,00	1,00 TABLETA	ESOMEPRAZOL TABLETA X 40 MG 40 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
CAD DIA					
2,00	1,00 TABLETA	BISACODILO TABLETA 5 MG 5 MG	ORAL	12 Horas	CONTINUAR
18,00	6,00 VIAL	INSULINA GLULISINA PEN PRELLENADO EQ. A 300 UI SOL INYEC 100 UI/ML/3 ML (APIDR A SOLOSTAR) 100 UI	SUBCUTANEA	8 Horas	CONTINUAR
solso si glcumentrias superiro a 180					
1,00	1,00 AMPOLLAS	HEPARINA DE BAJO PESO (ENOXAPARINA) SOL INY 60 MG/0.6 ML 60 MG/0.6 ML	SUBCUTANEA	24 Horas	CONTINUAR
1,00	1,00 TABLETA	ESPIRONOLACTONA TABLETA X 100 MG 100 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
1,00	1,00 AMPOLLAS	DEXAMETASONA SODIO FOSFATO SOL INY 8 M G/2 ML 8 MG	INTRAVENOSO	24 Horas	SIN CAMBIOS
6 MG EV DIA POR 10 DIAS PREVIA DESPARASITACION					
48,00	2,00 AMPOLLAS	DEXMEDETOMIDINA SOL INY 100 MCG/ML/2ML 100 MCG/ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
RASS -1					
4,00	2,00 TABLETA	QUETIAPINA FUMARATO TABLETA RECUBIERTA 25 MG 25 MG	ORAL	12 Horas	CONTINUAR
1,00	1,00 TABLETA	ALPRAZOLAM TAB X 0.5 MG 0.5 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
720,00	1,00 LPC	GLUCERNA ALIMENTO ESPECIAL PARA PACIENTE S CON INTOLERANCIA A LA GLUCOSA 1.5 KCAL SUSPENSION 1000ML 1000 ML	OROGASTRICA	1 Hora	CONTINUAR
ADMINISTRAR 1224 CC EN 24 HORAS, POR Sonda OROGASTRICA. ALCANZAR PROGRESIVAMENTE EL VOLUMEN TOTAL SEGUN INDICACION DE NUTRICION					
3,00	1,00 CAJA	CLORHEXIDINA DIACETATO O DIGLUCONATO ENJ UAGUE BUCA NO APLICA	BUCAL	8 Horas	CONTINUAR
10 ML CADA 8 H INTUBADA					



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 169 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

HELIANA ANDREA ORDOÑEZ GUEVARA

Reg. 1061747111/1061

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 383 FECHA 05/02/2022 02:49:28 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 VIAL	INSULINA GLARGINA PEN PRELLENADO 100 UI/ ML/3 ML LANTUS SOLOSTAR 100 UI/ML/3 ML	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
16 uisc día					
1,00	1,00 TABLETA	ESOMEPRAZOL TABLETA X 40 MG 40 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
CAD DIA					
2,00	1,00 TABLETA	BISACODILO TABLETA 5 MG 5 MG	ORAL	12 Horas	CONTINUAR
18,00	6,00 VIAL	INSULINA GLULISINA PEN PRELLENADO EQ. A 300 UI SOL INYEC 100 UI/ML/3 ML (APIDR A SOLOSTAR) 100 UI	SUBCUTANEA	8 Horas	CONTINUAR
solso si glcmetrias superiro a 180					
1,00	1,00 AMPOLLAS	HEPARINA DE BAJO PESO (ENOXAPARINA) SOL INY 60 MG/0.6 ML 60 MG/0.6 ML	SUBCUTANEA	24 Horas	CONTINUAR
1,00	1,00 TABLETA	ESPIRONOLACTONA TABLETA X 100 MG 100 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
1,00	1,00 AMPOLLAS	DEXAMETASONA SODIO FOSFATO SOL INY 8 M G/2 ML 8 MG	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
6 MG EV DIA POR 10 DIAS PREVIA DESPARASITACION					
48,00	2,00 AMPOLLAS	DEXMEDETOMIDINA SOL INY 100 MCG/ML/2ML 100 MCG/ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
RASS -1					
4,00	2,00 TABLETA	QUETIAPINA FUMARATO TABLETA RECUBIERTA 25 MG 25 MG	ORAL	12 Horas	CONTINUAR



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 170 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

1,00	1,00 TABLETA	ALPRAZOLAM TAB X 0.5 MG 0.5 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
720,00	1,00 LPC	GLUCERNA ALIMENTO ESPECIAL PARA PACIENTE S CON INTOLERANCIA A LA GLUCOSA 1.5 KCAL SUSPENSION 1000ML 1000 ML	OROGASTRICA	1 Hora	CONTINUAR
ADMINISTRAR 1224 CC EN 24 HORAS, POR SONDA OROGASTRICA. ALCANZAR PROGRESIVAMENTE EL VOLUMEN TOTAL SEGUN INDICACION DE NUTRICION					
3,00	1,00 CAJA	CLORHEXIDINA DIACETATO O DIGLUCONATO ENJ	BUCAL	8 Horas	CONTINUAR
UAGUE BUCA NO APLICA					
10 ML CADA 8 H INTUBADA					

HELIANA ANDREA ORDOÑEZ GUEVARA

Reg. 1061747111/1061

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 384 FECHA 05/02/2022 03:12:17 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

CH: LEUCO: 17.320 NEUTRO: 13930 LINFO: 1730 HGB: 11.6 HCT: 31 PLT: 373.000 LEUEOCITOSIS CON NEUTROFILIA EN ACSENDO

CREATININA: 0.59 BUN: 16.4 NORMALES

PCR: 116 EN ASCENSO

REPORTE E GASES ARTERIALES PH: 7.502 PCO2: 32.9 CHCHO3: 26.5 BASE: 2.6 PAFI; 160 DISFUNCION PULMOANR MODERADA EN DESCENSO

K: 4.6 NA: 131 NORMALES

PLAN: IGUAL MANEJO MEDICO

Evolución realizada por: HELIANA ANDREA ORDOÑEZ GUEVARA-Fecha: 05/02/22 03:22:13

HELIANA ANDREA ORDOÑEZ GUEVARA

Reg. 1061747111/1061

MEDICINA GENERAL



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 171 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 386 **FECHA** 05/02/2022 04:16:05 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

PACIENTE EN REGULAR ESTADO, SNC BAJO SEDOANALGESIA CON RASS +1, CARDIACO: RITMO CARDIACO SINUSAL - PULMONAR: FIO2 0.4 - CONECTADO A VM POR TOT - SAT 98%, TORAX SIMETRICO, ABDOMEN: ABD BLANDO, NO IMPRESIONA DOLOROSO, METABOLICO: RECIBE GLUCERNA POR SNG A 30CC/H, GLUCOMETRIAS 202-239mg/dl - SE CORRIGE CON INSULINA APIDRA, EXT SIMETRICAS, SIN EDEMAS, PERFUSION DISTAL CON LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS Y PULSOS DISTALES ++, GU GENITALES EXTERNOS MASCULINOS DE ASPECTO NORMAL, PRESENCIA DE Sonda VESICAL A CISTOFLO.

SE ASISTE A CUIDADOS DE ENFERMERIA

CAMBIOS DE POSICION - HIGIENE ORAL - SE HIDRATA LA PIEL

PRESENCIA DE CVC TRANS SUBCLAVIO DERECHO CON SITIO DE INSERCIÓN SIN SANGRADO NI SECRECIONES, NI SIGNOS INFLAMATORIOS LOCALES

PRESENCIA DE LINEA ARTERIAL

DESINFECCION DE LA UNIDAD

POR ORDEN MEDICA SE TOMA GASES ARTERIALES + PARA CLINICOS DE CONTROL

Nota realizada por: EDWIN ANDRES VELASCO IBARRA Fecha: 05/02/22 04:16:08

Edwin A. Velasco J.

EDWIN ANDRES VELASCO IBARRA

Reg. 1061740564/19-0

AUXILIAR DE ENFERMERIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 387 **FECHA** 05/02/2022 06:23:34 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

TERAPIAS

Cantidad	Descripción	Estado
1	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	Realizado

NOTA RETROSPECTIVA: 05/02/22 05+10H, PACIENTE CON SOPORTE DE VENTILACION MECANICA INVASIVA, MODO CPAP, PSV 8cmH2O, FIO2 30%, PEEP 5cmH2O, SATO2 94%, DOMINIO CARDIOPULMONAR, PATRON C. SE OBSERVA CAVIDAD ORAL LIMPIA, SE VERIFICAN ALARMAS DEL VM, SE OBSERVA SUJETADOR DE TOT EN BUENAS CONDICIONES Y ADECUADA POSICION, CON PUNTO FIJO EN 24cm, SE VERIFICA PRESION DEL NEUMOTAPONADOR EN 24cmH2O, SIGUIENDO ORDEN MEDICA CON LA CABECERA ELEVADA A 45 GRADOS, SE REALIZA UNA TERAPIA RESPIRATORIA, MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL, LAVADO DE TOT CON SSN Y ATRAVES DE SISTEMA DE SUCCION CERRADO SE ASPIRA ESCASA CANTIDAD DE SECRECION MUCOCLANQUECINA POR TOT Y POR BOCA, VIA AEREA ARTIFICIAL QUEDA PERMEABLE, SIN COMPLICACIONES DURANTE EL PROCEDIMIENTO. PACIENTE EN EL MOMENTO SIN FAMILIAR A QUIEN EDUCAR SOBRE EL PROCEDIMIENTO Y LOS OBJETIVOS, INTERVENCION REALIZADA POR ADRIANA VERGARA, FISIOTERAPEUTA.

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 172 de 293

Fecha: 24/03/22

G.eta: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953**Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (TAPABOCAS N95, MONOGAFAS, CARETA, GUANTES, BATA ANTIFLUIDO, UNIFORME ANTIFLUIDO, ZAPATO CERRADO ANTIFLUIDO), MAS LAVADO DE MANOS EN LOS CINCO MOMENTOS Y DESINFECCION DEL PUESTO DE TRABAJO, SEGUN LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES BAJO PANDEMIA POR SARS COV-2.

FECHA Y HORA DE APLICACION:05/02/2022 06:25:50 REALIZADO POR: ADRIANA MARIA VERGARA TULANDE

ADRIANA MARIA VERGARA TULANDE

Reg. 34329032/198744

FISIOTERAPIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	CLINICA LA ESTANCIA	Edad : 68 AÑOS
FOLIO	391	FECHA 05/02/2022 09:05:47	TIPO DE ATENCIÓN
HOSPITALIZACION			

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 VIAL	INSULINA GLARGINA PEN PRELLENADO 100 UI/ML/3 ML LANTUS SOLOSTAR 100 UI/ML/3 ML	INTRAVENOSO	24 Horas	MODIFICADO
20 uisc día					
1,00	1,00 TABLETA	ESPIRONOLACTONA TABLETA X 100 MG 100 MG	ORAL	24 Horas	SUSPENDIDO
288,00	12,00 AMPOLLAS	MIDAZOLAM SOLUCION INYECTABLE 5 MG/5 ML 5 MG	INTRAVENOSO	1 Hora	NUEVO
RASS -3					
6,00	2,00 TABLETA	QUETIAPINA FUMARATO TABLETA RECUBIERTA 25 MG 25 MG	ORAL	8 Horas	MODIFICADO

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción
1	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L Realizado MADRUGADA RECUENTO DE LEUCOCITOS :15.24 x10^3/ 5 - 10 NEUTROFILOS % :89.80 % 40.3 - 74.8 LINFOCITOS % :4.30 % 12.2 - 47.1

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

MONOCITOS % :4.90 % 4.4 - 12.3
EOSINOFILOS % :0.00 % 0.01 - 4.4
BASOFILOS % :0.10 % 0.01 - 0.7
NEUTROFILOS Abs :13.70 $\times 10^3$ / 1.82 - 7.42
LINFOCITOS Abs :0.65 $\times 10^3$ / 1.5 - 4
MONOCITOS Abs :0.75 $\times 10^3$ / 0.03 - 0.77
EOSINOFILOS Abs :0.00 $\times 10^3$ / 0.03 - 0.44
BASOFILOS Abs :0.01 $\times 10^3$ / 0.01 - 0.05
RECuento DE ERITROCITOS :3.72 $\times 10^6$ / 4.6 - 6.2
HEMATOCRITO :28.9 % 40 - 54
HEMOGLOBINA :10.50 g/dl 13.5 - 18
MCV :77.7 fl 86 - 96
MCH :28.2 pg 25 - 31
MCHC :36.3 g/dl 32 - 38
RDW :13.60 % 11 - 15
RECuento DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO :329 $\times 10^3$ / 150 - 450
MPV :12.1

fl 6.4 - 13

RECuento DIFERENCIAL MANUAL :- -

FECHA Y HORA DE APLICACION:06/02/2022 01:05:37TECNICA EMPLEADA : METODO: LASER SEMICONDUCTOR REALIZADO

POR : JORGE ARMANDO GARAY BARBOZA

2 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)**Pendiente**

TARDE NOPCHE

1 NITROGENO UREICO (BUN)**Realizado**

MADRUGADA

NITROGENO UREICO :23.1 mg/dl 8 - 23

FECHA Y HORA DE APLICACION:06/02/2022 01:16:39TECNICA EMPLEADA : METODO: UV CINETICO REALIZADO POR :

ELKIN MARIO BARRIOS

1 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS**Realizado**

MADRUGADA

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS :0.59 mg/dl 0.67 - 1.17

FECHA Y HORA DE APLICACION:06/02/2022 01:16:39TECNICA EMPLEADA : METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.

REALIZADO POR : ELKIN MARIO BARRIOS

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 174 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**LEIDER ALEJANDRO ORTEGA BASTIDAS**

Reg. 76327859/191331

CUIDADO CRITICO**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 393 **FECHA** 05/02/2022 10:25:34 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****TERAPIAS****Cantidad** **Descripción**1 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL**Estado****Realizado**

PACIENTE ISMAEL FERNANDEZ MONTANO DE 65 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE TRABAJO:

- SHOQUE SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR
- INFECCION VIRAL POR SARS COV2
- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA MIXTA
- ENFERMEDAD RENAL CRONICA AGUDIZADA
- SINDROME HIPEROSMOLAR HIPERGLICEMICO
- TRASTORNO HIDRO ELECTROLITICO CON HIPERNATREMIA SEVERA
- DM II NO TRATADA POR HISTORIA CLINICA CON DESCOMPENSACION METABOLICA
- DESCARTAR EVENTO CORONARIO AGUDO
- DNT CRONICA

RECIBO PACIENTE CONECTADO A VENTILADOR MECANICO MODO CPAP; FIO2 35%, PEEP DE 5 + PSV DE 7, SATURANDO ADECUADAMENTE, PACIENTE ACOPLADO A EL VENTILADOR, SE REALIZAN MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL A TRAVES DE ASPIRACION CON SISTEMA CERRADO DE SUCCION OBTENIENDO SECRESIONES MUCOHIALINAS EN MODERADA CANTIDAD, ASPIRACION POR OROFARINGE OBTENIENDO SECRESIONES HIALIAS EN MODERADA CANTIDAD, SE VERIFICA PRESION DEL NEUMOTAPONADOR, SE MANEJA CABECERA ELEVADA, NO COMPLICACIONES. SE ATIENDE CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (TAPABOCAS N95, GORRO, MONOGAFAS, BATA ANTIFLUIDO, CARETA, GUANTES) SEGUN LINEAMENTOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES, BAJO CONTEXTO DE PANDEMIA COVID 19. MAS LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS.

FT. CAROLINA BARRANTES

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 175 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

FECHA Y HORA DE APLICACION:05/02/2022 10:28:49 REALIZADO POR: JENNY CAROLINA BARRANTES PARDO

JENNY CAROLINA BARRANTES PARDO

Reg. 1061731761/19-0

FISIOTERAPIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 394 FECHA 05/02/2022 11:25:04 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

TERAPIAS

Cantidad	Descripción	Estado Realizado
1	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	

LA ANTERIOR NOTA DE TERAPIA RESPIRATORIA NO CORRESPONDE A EL PAICENTE. LA NOTA CORRECTA ES LA SIGUIENTE.

PACIENTE HENRY POLINDARA DE 68 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE TRABAJO:

- . IRA TIPO I
- . NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMINIDAD CURB 65: 2 PUNTOS
- . CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022
- . TEP DESCARTADO
- . ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUIRIENTE
- . ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

RECIBO PACIENTE CONECTADO A VENTILADOR MECANICO MODO CPAP; FIO2 40%, PEEP DE 5 + PSV DE 8, PACIENTE TAQUIPNEICO, SATURANDO LIMIROFE , SE REALIZAN MANIOBRAS DE HIGUIENE BRONQUIAL A TRAVES DE ASPIRACION CON SISTEMA CERRADO DE SUCCION OBTENIENDO SECRESIONES MUCOHIALINAS EN MODERADA CANTIDAD, ASPIRACION POR OROFARINGE OBTENIENDO SECRESIONES HIALINAS EN MODERADA CANTIDAD, SE VERIFICA PRESION DEL NEUMOTAPONADOR, SE OBSERVA SUJETADOR DE TUO EN BUEN ESTADO Y EN BUENA POSICION, SE REALIZA CAMBIO DE POSICION DEL TUBO Y CAMBIO DE MARQUILLA, SE MANEJA CABECERA ELEVADA, NO COMPLICACIONES. SE ATIENDE CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (TAPABOCAS N95, GORRO, MONOGAFAS, BATA ANTIFLUIDO, CARETA, GUANTES) SEGUN LINEAMENTOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES, BAJO CONTEXTO DE PANDEMIA COVID 19. MAS LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS.

FT. CAROLINA BARRANTES

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 176 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección: CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento: CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

FECHA Y HORA DE APLICACION: 05/02/2022 11:27:58 REALIZADO POR: JENNY CAROLINA BARRANTES PARDO

JENNY CAROLINA BARRANTES PARDO

Reg. 1061731761/19-0

FISIOTERAPIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 396 FECHA 05/02/2022 11:28:48 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

Se abre folio para chequeo de historia clinica

Nota realizada por: CLAUDIA ISABEL NOGUERA MELO Fecha: 05/02/22 11:31:39

CLAUDIA ISABEL NOGUERA MELO

Reg. 59706556/522781

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 402 FECHA 05/02/2022 15:04:46 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 AMPOLLAS	DEXAMETASONA SODIO FOSFATO SOL INY 8 M	INTRAVENOSO	24 Horas	SUSPENDIDO
		G/2 ML 8 MG			
		6 MG EV DIA POR 10 DIAS PREVIA DESPARASITACION			

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 177 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**LEIDER ALEJANDRO ORTEGA BASTIDAS**

Reg. 76327859/191331

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 405 **FECHA** 05/02/2022 15:43:22 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****FORMULA MÉDICA**

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
48,00	2,00 AMPOLLAS	FENTANILO CITRATO EQ. A FENTANILO SOLUCI ON INYECTABLE 0.5 MG/10 ML 0.5MG/10ML	INTRAVENOSO	1 Hora	NUEVO

rass -3

LEIDER ALEJANDRO ORTEGA BASTIDAS

Reg. 76327859/191331

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 407 **FECHA** 05/02/2022 17:31:43 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

EVOLUCION UCI DIA

NOTA RETROSPECTIVA

PACIENTE HENRY POLINDARA DE 68 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE TRABAJO:

. IRA TIPO I

. NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS

. CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022

. TEP DESCARTADO

. ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUIRIENTE

. ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

CRITERIO DE INFECCION POR SARS-COV2:

. CLINICO: CUADRO CLINICO DE 5 DIAS CON SINTOMAS RESPIRATORIOS

. MICROBIOLOGIA CON Ag SARS-COV2 22-01- 2022 POSITIVO.

. PARACLINICOS: TROPONINA 0.010-0.006 - DIMERO D 70400 - PANEL VIRAL NEGATIVO

ANTIBIOTICOTERAPIA:

. AMPICILINA SULBACTAM F.I. 26/01/22 FF: 01/02/22

. AZITROMICINA F.I. 26/01/22 FF: 01/02/22

OTROS MEDICAMENTOS:

. DEXAMETASONA FI 26/01/22 FF 5 DE FEB

MICROBIOLOGIA:

. 30/01/22 CULTIVO SECRECION BRONQUIAL: NEG 24 HORAS

. 26/01/22 CULTIVO DE SECRECION BRONQUIAL NEGATIVO 48 HORAS

. 26/01/22 HEMOCULTIVOS 1-2-3 NEGATIVOS A LAS 72 HORAS

. 26/01/22 UROCULTIVO NEGATIVO

. 26/01/22 BACILOSCOPIA EN SECRECION BRONQUIAL NEGATIVA

EVENTOS

- BAJO SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO MODO CPAP

-EN PLAN DE DESTETE VENTILATORIO

-PUEDA TERMINAR EN TQT

. SIN SOPORTE HEMODINAMICO

. DISFUNCION PULMONAR MODERADA PAFI 169

. AFEBRIL

GASES ART DE CONTROL TARDE

PH 7,480 PCO2 34 CHCO3 26,2 BE 2,1 PAFI 169 HB 12 K 3,9 NA 132 CL 101 CLACT 0,9

EXAMEN FISICO

TA 138/70MMHG- PAM 100 - FC 65X MIN - FR 19 X MIN - TEMP 36,5°C

GLUCOMETRIA 215

MUCOSAS HUMEDAS

ORL ASPECTO NORMAL

CUELLO LLENADO YUGULAR NORMAL

TORAX SIMETRICO SIN RETRACCIONES

PULMONES CON LEVE HIPOVENTILACION EN ACP, SIN SOBREALAGRADOS

CORAZON REGISTRO ELECTROCARDIOGRAFICO EN SINUSAL. NO SOPLOS

ABD BLANDO, NO SIGNOS PERITONEALES.

GU GENITALES EXTERNOS DE ASPECTO NORMAL. MICCION ESPONTANEA CONSERVADA

EXT SIMETRICAS SIN EDEMAS. PERFUSION DISTAL CON LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS Y PULSOS DISTALES ++/++++

SNC: RASS -4.

ANALISIS .

PACIENTE CON INFECCION VIRAL MODERADA A GRAVE POR SARS.CO2 CON DETERIORO DE LA MECANICA VENTILATORIA, PACIENTE QUIEN PRESENTO FIBRILACION AURICULAR SE DIO MANEJO CON AMIODARONA YA CONTROLADO,

EN PLAN DE DISMINUCION DE SEDOANALGESIA Y VALORAR TOLERANCIA MODO ESPONTANEO NO DESCARTANDOSE QUE TAMBIEN REQUIERA TRAQUEOSTOMIA. SE DEJA CON MIDAZOLAN / FENTANYL Y PRECEDEX

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 179 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

PACIENTE CON PRONOSTICO AUN RESERVADO. MONITORIA UCI DADO REQUERIMIENTO DE VENTILACION MECANICA.

SE SS CONTROL DE PARACLINICOS, CONTROL GASIMETRICO

PRONOSTICO RESERVADO

JUSTIFICACION UCI.

VENTILACION MECANICA INVASIVA

NOTA: SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (BATA, UNIFORME ANTIFLUIDO, CARETA, MONOGAFAS, MASCARILLA Y GUANTES) , SE REALIZA ADEMAS DURANTE SU ATENCION LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS CORRESPONDIENTES, SEGUN LINEAMIENTOS PROTOCOLARIOS INTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES DEL MINISTERIO DE SALUD, POR CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA SARS-COV2.

Evolución realizada por: LEIDER ALEJANDRO ORTEGA BASTIDAS-Fecha: 05/02/22 17:31:49**LEIDER ALEJANDRO ORTEGA BASTIDAS**

Reg. 76327859/191331

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN:		001	CLINICA LA ESTANCIA	Edad : 68 AÑOS	
FOLIO	408	FECHA	05/02/2022 18:36:39	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

Paciente de 68 años de edad, monitoria UCI, en cama con barandas elevadas cabecera 45 grados con diagnostico ya registrados en la historia clinica, en el turno del día, en regulares condiciones, bajo sedoanalgesia (midazolam – fentanyl- precedex) en destete proceso de extubacion, reactivo, glasgow 07/15, pupilas 3mm con reaccion lenta, hemodinamicamente estable, sin SIRS, saturando por encima del 90% con fio2 40%, cuenta con cateter venoso central yugular derecho FI 25/01 permeable para aplicacion de medicamentos, sitio de inserccion sin signos de infeccion local, recibe agua nutricion enteral por SNG permeable, residuo gastrico, se irriga con 40 de agua cada cuatro horas, escaso, normoglicemico, fuerza muscular 3/5, cuenta con linea arterial radial izquierda FI 01/02 funcional para control de muestras y seguimiento de presion arterial invasivas, diuresis por sonda vesical en moderada cantidad, se realiza limpieza de la sonda vesical con clorexidina al 2% con previa tecnica aseptica, presenta edema general, zonas de equimosis, se realiza cambio de posicion se talla con facilidad, paciente con alto grado de perdida de la piel permanece en cama con barandas arriba y cabecera elevada con medidas de sujecion por alto riesgo de retiro de dispositivos, se realizan actividades de enfermeria como baño de paciente en seco, higiene oral, hidratacion, control de residuo gastrico, control estricto de signos vitales, control de liquidos administrados, eliminados Y glucometrias de control de gases arteriales/ tarde, medios de confort.

Nota realizada por: RUBIELA IBARRA HURTADO Fecha: 05/02/22 18:36:41



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 180 de 293

Fecha: 24/03/22

G.eta: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

RUBIELA IBARRA HURTADO

Reg. 25274115/252741

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

412

FECHA 05/02/2022 20:11:59

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

SE REVIZA HISTORIA CLINICA PARA MANEJO MEDICO ESTABLECIDO AMS , MEDICAMENTOS ADMON POR PARTE DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA,BAJO SUPERVICION ,GOTEOS ADMON POR AUX DE CONFORT ,PACIENTES CON MANILLA Y TABLERO DE IDENTIFICACION CON RESPECTIVO STICKER DE RIESGO.SE ATIENDE CON ELEMENTOS DE PROTECCION, LAVADO DE MANOS Y PAUTAS DE BUENA PRACTICA ORDENADOS DE FORMA INSTITUCIONAL Y GUBERNAMENTAL

Nota realizada por: SANDRA MUÑOZ CIFUENTES Fecha: 05/02/22 20:12:03

SANDRA MUÑOZ CIFUENTES

Reg. 34560880/8586

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

413

FECHA 05/02/2022 21:43:18

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

TERAPIAS

Cantidad

Descripción

Estado

1

TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL

Realizado

PCTE CON DXS MEDICOS: IRA TIPO I - NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS - CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022 - TEP DESCARTADO - ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUIRIENTE - ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL, EN EL MOMENTO CON SOPORTE VENTILATORIO EN CPAP + PSV: 8 + PEEP: 5 + FIO2: 40% + SAT: 97%, EN SINCRONIA CON LA VENTILACION MECANICA Y REALIZANDO VOLUMENES ADECUADOS , MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES CON TENDENCIA A LA DISMINUCION BIBASAL , SE INICIA INTERVENCION CON MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL + SUCCION CERRADA CON ASPIRACION DE SECRECIONES POR TUBO OROTRAQUEAL OBTENIENDO SECRECIONES MUCOIDES EN ESCASA CANTIDAD, POR OROFARINGE SE OBTIENEN SECRECIONES HIALINAS EN MODERADA CANTIDAD, SE VERIFICA



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 181 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección: CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento: CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

PRESION DEL NEUMOTAPONADOR EN 24 CSMH2O, PCTE TOLERA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.

FT. ALDEMAR BURGOS

1909093 - FISIOTERAPEUTA.

FECHA Y HORA DE APLICACION: 05/02/2022 21:43:36 REALIZADO POR: ALDEMAR MUÑOZ BURGOS

ALDEMAR MUÑOZ BURGOS

Reg. 10308347/190909

FISIOTERAPIA EN CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 417 FECHA 05/02/2022 23:39:04 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

GASES ARTERIALES

ALCALEMIA MIXTA HC03 27

PAFI 161 DISFUNCION MODERADA PAFI 161

ELECTROLITOS. K 3.5 NA 132 CL 101 HIPONATREMIA LEVE LACT 1.1 NORMAL

PLAN. AJUSTES A PARAMETROS DE VMI , CORRECCION ELECTROLITICA

L HORMIGA

Evolución realizada por: LUIS ANGEL HORMIGA PAZ-Fecha: 05/02/22 23:39:14

LUIS ANGEL HORMIGA PAZ

Reg. 10533153/3913/8

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 418 FECHA 06/02/2022 00:10:29 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 VIAL	INSULINA GLARGINA PEN PRELLENADO 100 UI/	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 182 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

ML/3 ML LANTUS SOLOSTAR 100 UI/ML/3 ML

20 uisc dia

1,00	1,00 TABLETA	ESOMEPRAZOL TABLETA X 40 MG 40 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
------	--------------	-----------------------------------	------	----------	-----------

CAD DIA

2,00	1,00 TABLETA	BISACODILO TABLETA 5 MG 5 MG	ORAL	12 Horas	CONTINUAR
------	--------------	------------------------------	------	----------	-----------

18,00	6,00 VIAL	INSULINA GLULISINA PEN PRELLENADO EQ. A	SUBCUTANEA	8 Horas	CONTINUAR
-------	-----------	---	------------	---------	-----------

300 UI SOL INYEC 100 UI/ML/3 ML (APIDR

A SOLOSTAR) 100 UI

solso si glcmetrias superiro a 180

1,00	1,00 AMPOLLAS	HEPARINA DE BAJO PESO (ENOXAPARINA) SOL	SUBCUTANEA	24 Horas	CONTINUAR
------	---------------	---	------------	----------	-----------

INY 60 MG/0.6 ML 60 MG/0.6 ML

48,00	2,00 AMPOLLAS	FENTANILO CITRATO EQ. A FENTANILO SOLUCI	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
-------	---------------	--	-------------	--------	-----------

ON INYECTABLE 0.5 MG/10 ML 0.5MG/10ML

rass -3

48,00	2,00 AMPOLLAS	DEXMEDETOMIDINA SOL INY 100 MCG/ML/2ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
-------	---------------	--	-------------	--------	-----------

100 MCG/ML

RASS -1

288,00	12,00 AMPOLLAS	MIDAZOLAM SOLUCION INYECTABLE 5 MG/5 ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
--------	----------------	---	-------------	--------	-----------

5 MG

RASS -3

6,00	2,00 TABLETA	QUETIAPINA FUMARATO TABLETA RECUBIERTA	ORAL	8 Horas	CONTINUAR
------	--------------	--	------	---------	-----------

25 MG 25 MG

1,00	1,00 TABLETA	ALPRAZOLAM TAB X 0.5 MG 0.5 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
------	--------------	--------------------------------	------	----------	-----------

720,00	1,00 LPC	GLUCERNA ALIMENTO ESPECIAL PARA PACIENTE	OROGASTRICA	1 Hora	CONTINUAR
--------	----------	--	-------------	--------	-----------

S CON INTOLERANCIA A LA GLUCOSA 1.5 KCAL

SUSPENSION 1000ML 1000 ML

ADMINISTRAR 1224 CC EN 24 HORAS, POR SONDA OROGASTRICA. ALCANZAR PROGRESIVAMENTE EL VOLUMEN TOTAL SEGUN INDICACION DE NUTRICION

3,00	1,00 CAJA	CLORHEXIDINA DIACETATO O DIGLUCONATO ENJ	BUCAL	8 Horas	CONTINUAR
------	-----------	--	-------	---------	-----------

UAGUE BUCA NO APLICA

10 ML CADA 8 H INTUBADA

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 183 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaereo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953**Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**LUIS ANGEL HORMIGA PAZ**

Reg. 10533153/3913/8

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****419****FECHA 06/02/2022 02:27:13****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

Se revisa historia clinica, se le canaliza linea arterial radial derecha, queda fijo con fixomull,

Nota realizada por: CARLOS DAVID TOBAR ZUNIGA Fecha: 06/02/22 02:27:15**CARLOS DAVID TOBAR ZUNIGA**

Reg. 4613438/4613438

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****422****FECHA 06/02/2022 06:30:39****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

PARACLINICOS

CH 15240 LEUC HB 10.5 PLQ 329MIL CR 0.5 NU 23

LEUCOCITOSIS EN DESCENSO, ANEMIA LEVE. PLQ Y AZOADOS NORMALES

LHORMIGA

Evolución realizada por: LUIS ANGEL HORMIGA PAZ-Fecha: 06/02/22 06:30:47**LUIS ANGEL HORMIGA PAZ**

Reg. 10533153/3913/8

MEDICINA GENERAL

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 184 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 423 **FECHA** 06/02/2022 06:56:31 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

paciente qe se le brindo medidas de confort como es cambiois de posicion cada dos horas humectacion de piel ,continua con su edema generalizado ,equimosis ,elimina en poca cantidad por sonda ,no hace depiosicion ,continua con su tubo orotraqueal por donde pasa oxigeno al 40% bajo sedo analgesia ,queda afebril ,euneico ,normocardico ,normotenso hiperglicemico con correccion con 4 apidra queda con manilla tablero + stikert de riesgos .

Nota realizada por: ALBA DENIS LOPEZ TOBAR Fecha: 06/02/22 06:56:36**ALBA DENIS LOPEZ TOBAR****Reg. 34675059/346750****AUXILIAR DE ENFERMERIA****SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 424 **FECHA** 06/02/2022 07:50:22 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****FORMATOS****LISTA DE VERIFICACION PARA PROCEDIMIENTO PIEL SANA**

Seleccione y actualice el plan de cuidado en su turno

TURNO

. [X]Mañana [-]Tarde [-]Noche

Riesgo de UPP según escala de Braden [-]SIN RIEGO [-]RIEGO BAJO [-]RIESGO MODERADO [X]RIESGO ALTO

Hidrata piel del paciente SI

Evita colonia o alcohol, sobre la piel SI

Uso de aceite de vaselina en prominencias óseas SI

Cambios de posición según protocolo SI

Elimina humedad excesiva SI

Evita baño en cama encharcado SI

Evita masajes en prominencias óseas y zonas de presión SI

Protección especial para zonas de riesgo (Cojines) SI

Evita antiseptico local para limpieza ded ulceras NO APLICA

Evita curación oclusiva en zona de infección NO APLICA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 426 **FECHA** 06/02/2022 09:12:54 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 185 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**FORMULA MÉDICA**

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
2,00	1,00 TABLETA	ALPRAZOLAM TAB X 0.5 MG 0.5 MG	ORAL	12 Horas	MODIFICADO

0.,5 MG VO CAADA 12 HS

ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Cantidad	Descripción
1	PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA E INTENSIFICADOR DE IMAGEN

MAÑNAA
Folio: 426

Realizado**RADIOGRAFIA DE TORAX PORTÁTIL**

Hallazgos:

Silueta cardioaortica impresiona de tamaño aumentada.

Opacidades alveolares multilobar, bilateral, a predominio derecho, algunas con tendencia a la consolidación, y otras consolidadas con broncograma aéreo, de probable etiología infecciosa.

Correlacionar en contexto clínico.

Borramiento de seno costofrénico derecho atribuible a derrame pleural.

No hay alteraciones importantes del tórax óseo.

Cánula traqueal en carina.

Catéter subclavio derecho con extremo distal en topografía atrio-cava.

Sonda gastroesofágica.

CONCLUSIONES:

OPACIDADES ALVEOLARES BILATERAL Y CONSOLIDACIONES, ASOCIADA A DERRAME PLEURAL DERECHO, DE PROBABLE ETIOLOGÍA INFECCIOSA. CORRELACIONAR EN CONTEXTO CLÍNICO.

Cordialmente,

2.

DR YAMITH URETA

MD. RADÍÓLOGO

M. Teresa

NOTA: Recuerde que los exámenes de imagenología son un apoyo diagnóstico y su importancia radica en que deben ser analizados e interpretados por su médico tratante, teniendo en cuenta su cuadro clínico.

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 186 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

FECHA Y HORA DE APLICACION:07/02/2022 08:12:45 REALIZADO POR: JUAN CARLOS NARVAEZ SIERRA

1 RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)**Realizado**

MAÑAN A

Folio: 426

RADIOGRAFIA DE TORAX PORTÁTIL

Hallazgos:

Silueta cardioaortica impresiona de tamaño aumentada.

Opacidades alveolares multilobar, bilateral, a predominio derecho, algunas con tendencia a la consolidación, y otras consolidadas con broncograma aéreo, de probable etiología infecciosa.

Correlacionar en contexto clínico.

Borramiento de seno costofrénico derecho atribuible a derrame pleural.

No hay alteraciones importantes del tórax óseo.

Cánula traqueal en carina.

Catéter subclavio derecho con extremo distal en topografía atrio-cava.

Sonda gastroesofágica.

CONCLUSIONES:

OPACIDADES ALVEOLARES BILATERAL Y CONSOLIDACIONES, ASOCIADA A DERRAME PLEURAL DERECHO, DE PROBABLE ETIOLOGÍA INFECCIOSA. CORRELACIONAR EN CONTEXTO CLÍNICO.

Cordialmente,

2.

DR YAMITH URETA

MD. RADIOLOGO

M. Teresa

NOTA: Recuerde que los exámenes de imagenología son un apoyo diagnóstico y su importancia radica en que deben ser analizados e interpretados por su médico tratante, teniendo en cuenta su cuadro clínico.

FECHA Y HORA DE APLICACION:07/02/2022 08:13:03 REALIZADO POR: JUAN CARLOS NARVAEZ SIERRA

ORDENES DE LABORATORIO

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 187 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección: CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento: CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

Cantidad	Descripción
1	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L Realizado
	MAÑANA
	RECUENTO DE LEUCOCITOS :18.69 x10 ³ / 5 - 10
	NEUTROFILOS % :89.60 % 40.3 - 74.8
	LINFOCITOS % :3.60 % 12.2 - 47.1
	MONOCITOS % :5.70 % 4.4 - 12.3
	EOSINOFILOS % :0.30 % 0.01 - 4.4
	BASOFILOS % :0.10 % 0.01 - 0.7
	NEUTROFILOS Abs :16.75 x10 ³ / 1.82 - 7.42
	LINFOCITOS Abs :0.67 x10 ³ / 1.5 - 4
	MONOCITOS Abs :1.06 x10 ³ / 0.03 - 0.77
	EOSINOFILOS Abs :0.06 x10 ³ / 0.03 - 0.44
	BASOFILOS Abs :0.02 x10 ³ / 0.01 - 0.05
	RECUENTO DE ERITROCITOS :3.65 x10 ⁶ / 4.6 - 6.2
	HEMATOCRITO :28.4 % 40 - 54
	HEMOGLOBINA :10.30 g/dl 13.5 - 18
	MCV :77.8 fl 86 - 96
	MCH :28.2 pg 25 - 31
	MCHC :36.3 g/dl 32 - 38
	RDW :13.90 % 11 - 15
	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO :379 x10 ³ / 150 - 450
	MPV :12.2

fl 6.4 - 13

RECUENTO DIFERENCIAL MANUAL :- -

FECHA Y HORA DE APLICACION:07/02/2022 01:18:47TECNICA EMPLEADA : METODO: LASER SEMICONDUCTOR REALIZADO

POR : DINA LUZ OROZCO OROZCO

2 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)

Pendiente

LUIS ANGEL HORMIGA PAZ

Reg. 10533153/3913/8

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 428 FECHA 06/02/2022 11:26:27 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**EVOLUCIÓN MÉDICO**

UCI DIA

DR ORTEGA INTENSIVISTA

PACIENTE HENRY POLINDARA DE 68 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE TRABAJO:

- . IRA TIPO I
- . NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS
- . CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022
- . TEP DESCARTADO
- . ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUIRIENTE
- . ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL
- . FA PAROXISTICA

CRITERIO DE INFECCION POR SARS-COV2:

- . CLINICO: CUADRO CLINICO DE 5 DIAS CON SINTOMAS RESPIRATORIOS
- . MICROBIOLOGIA CON Ag SARS-COV2 22-01- 2022 POSITIVO.
- . PARACLINICOS: TROPONINA 0.010-0.006 - DIMERO D 70400 - PANEL VIRAL NEGATIVO

ANTIBIOTICOTERAPIA:

- . AMPICILINA SULBACTAM F.I. 26/01/22 FF: 01/02/22
- . AZITROMICINA F.I. 26/01/22 FF: 01/02/22

OTROS MEDICAMENTOS:

- . DEXAMETASONA FI 26/01/22

MICROBIOLOGIA:

- . 30/01/22 CULTIVO SECRECIÓN BRONQUIAL: NEG 24 HORAS
- . 26/01/22 CULTIVO DE SECRECIÓN BRONQUIAL NEGATIVO 48 HORAS
- . 26/01/22 HEMOCULTIVOS 1-2-3 NEGATIVOS A LAS 72 HORAS
- . 26/01/22 UROCULTIVO NEGATIVO
- . 26/01/22 BACILOSCOPIA EN SECRECIÓN BRONQUIAL NEGATIVA

EVENTOS

- IOT 28 ENERO.22 , NOVENO DIA
- SOPORTE VMI MODO CPAP
- . SIN SOPORTE HEMODINAMICO
- . NO FIEBRE, LEUCOCITOSIS Y PCR EN ASCENSO
- . DISFUNCION PULMONAR MODERADA PAFI 161 PAFI
- . HIPONATREMIA LEVE
- HIPERGLICEMIA EN CORRECCION
- RECIBE NET

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**EXAMEN FISICO**

SV TEMP 36,5°C FR 21 FC 55 TA 84/51 TAM 62 MM HG GLUCOMETRIA 133 - 380 MG DL

MUCOSAS HUMEDAS

CUELLO LLENADO YUGULAR NORMAL. CVC SD CUBIERTO LIMPIO

TORAX SIMETRICO SIN RETRACCIONES

PULMONES CON LEVE HIPOVENTILACION EN ACP, SIN SOBREGREADOS

CORAZON REGISTRO ELECTROCARDIOGRAFICO EN BRADICARDIA SINUSAL. NO SOPLOS

ABD BLANDO, NO SIGNOS PERITONEALES.

GU GENITALES EXTERNOS DE ASPECTO NORMAL. MICCION ESPONTANEA CONSERVADA

EXT SIMETRICAS SIN EDEMAS. PERFUSION DISTAL CON LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS Y PULSOS DISTALES ++/++++

SNC: RASS -4.

ANALISIS .

PACIENTE CON INFECCION VIRAL MODERADA A GRAVE POR SARS.COVS2 CON DETERIORO DE LA MECANICA VENTILATORIA, PACIENTE QUIEN PRESENTO FIBRILACION AURICULAR SE DIO MANEJO CON AMIODARONA YA CONTROLADO. EVOLUCIONA CON DISFUNCION RESPIRATORIA MODERADA. EN PLAN DE AVANZAR EL DESTETE DE VMI. PERSISTE CON LEUCOCITOSIS, SU PRONOSTICO AUN RESERVADO.

JUSTIFICACION UCI.

VENTILACION MECANICA INVASIVA

PLAN

UCI

ALPRAZOLAN 0.5 MG TB VO CADA 12 HS

DESTETE DE VMI

TOMAR GASES ART EN LA TARDE

MAÑANA TOMAR GASES ART, CHEMATICO Y RX TORAX PORTATIL

NOTA: SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (BATA, UNIFORME ANTIFLUIDO, CARETA, MONOGAFAS, MASCARILLA Y GUANTES) , SE REALIZA ADEMAS DURANTE SU ATENCION LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS CORRESPONDIENTES, SEGUN LINEAMIENTOS PROTOCOLARIOS INTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES DEL MINISTERIO DE SALUD, POR CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA SARS-COV2.

Evolución realizada por: LUIS ANGEL HORMIGA PAZ-Fecha: 06/02/22 11:26:36**LUIS ANGEL HORMIGA PAZ****Reg. 10533153/3913/8****MEDICINA GENERAL**

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 190 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO 431 FECHA 06/02/2022 12:11:02 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS DE EDAD EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, MONITORIZADO COMO UCI DURANTE LA MAÑANA PASA HEMODINAMICAMENTE, NORMOCARDICO, NORMOTENSO A FEBRIL. PATRÓN NEUROLÓGICO DE 11/15. REQUERIMIENTO DE OXÍGENO POR TUBO OROTRAQUEAL CON FO2 DE 40%. APOORTE NUTRICIONAL POR SONDA OROGÁSTRICA, RECIBIENDO NUTRICIÓN ENTERAL GLUCERNA A 30CC/HORA BIEN TOLERADA DEJANDO RESIDUOS GÁSTRICOS ESCASOS, PUPILAS 3 LENTAS A LA LUZ MUCOSAS HÚMEDAS HIDRATADAS CUELLO MÓVIL TÓRAX SIMÉTRICO, CATETER VENOSO CENTRAL SUBCLAVIO DERECHO DE TRES VIAS, UNA VIA PASANDO LEVOPHED PRECEDEX A 12CC/HORA, SEGUNDA VIA Y, TERCERA VIA MEDICAMENTOS PERMEABLE SIN SIGNOS DE INFECCIÓN. VENA PERIFÉRICA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON ADAPTADOR DE SEGURIDAD PASANDO MIDAZOLAM A 2CC/H, FENTANYL A 2CC/HORA PERMEABLES SIN SIGNOS DE FLEBITIS, ABDOMEN BLANDO GLOBOSO. ELIMINACIÓN A TRAVÉS DE SONDA VESICAL SE OBSERVA DIURESIS AMARILLO CLARO. NO REALIZA DEPOSICIÓN, A NIVEL DE PIEL SE OBSERVA EDEMA, EQUIMOSIS EN MIEMBROS SUPERIORES. FUERZA MUSCULAR DE TRES EN SUS CUATRO EXTREMIDADES.

DURANTE LA MAÑANA SE BRINDARON CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTE.

MONITORIA CADA HORAS, BALANCE DE LÍQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS, TOMA DE GLUCOMETRIAS SEGÚN HORARIO, MEDICAMENTOS POR AMS, BAÑO EN CAMA, HIDRATACIÓN DE LA PIEL HIGIENE ORAL CON CEPILLO DE DIENTES CREMA DENTAL. GASAS MAS CLOREXIDINA. IRRIGACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA, DESINFECCIÓN DE SONDA VESICAL CON CLOREXIDINA AL 2%.

SE ASITE EN SUS NECESIDADES BÁSICAS SE BRINDAN MEDIDAS DE CONFORT.

PACIENTE EN UNIDAD CON FRENO DE CAMA PUESTO, BARANDAS ELEVADAS, TABLERO MANILLA DE IDENTIFICACIÓN CON SUS RESPECTIVOS ESTIQUER DE RIESGO.

PACIENTE CONTINUAR MANEJO. INSTAURADO INFORMAR CAMBIOS.

Nota realizada por: BLANCA MIREYA CALAMBAS GALLEG0 Fecha: 06/02/22 12:11:40

BLANCA MIREYA CALAMBAS GALLEG0**Reg. 25281739/252817****AUXILIAR DE ENFERMERIA****SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO 433 FECHA 06/02/2022 17:01:32 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

GASES ARTERIALES

EN EQUILIBRIO ACIDO BASE

PAFI 128 DISFUNCION RESPIRATORIA MODERADA

ELECTROLITOS. K 4.0 NA 135 CL 103

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 191 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953**Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825PLAN. AJUSTES A PARAMETROS DE VMI ,
L HORMIGA**Evolución realizada por:** LEIDER ALEJANDRO ORTEGA BASTIDAS-**Fecha:** 06/02/22 17:01:40**LEIDER ALEJANDRO ORTEGA BASTIDAS**

Reg. 76327859/191331

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****434****FECHA 06/02/2022 17:02:09****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****TERAPIAS****Cantidad****Descripción****Estado****1****TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL****Realizado**

NOTA RETROSPECTIVA: 06/02/22 12+00H, PACIENTE CON SOPORTE DE VENTILACION MECANICA INVASIVA, MODO CPAP, PSV 10cmH2O, FIO2 50%, PEEP 5cmH2O, SATO2 94%, DOMINIO CARDIOPULMONAR, PATRON C. SE OBSERVA CAVIDAD ORAL LIMPIA, SE VERIFICAN ALARMAS DEL VM, SE CAMBIA SUJETADOR DE TOT EN BUENAS CONDICIONES Y ADECUADA POSICION, CON PUNTO FIJO EN 24cm, SE VERIFICA PRESION DEL NEUMOTAPONADOR EN 24cmH2O, SIGUIENDO ORDEN MEDICA CON LA CABECERA ELEVADA A 45 GRADOS, SE REALIZA UNA TERAPIA RESPIRATORIA, MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL, LAVADO DE TOT CON SSN Y ATRAVES DE SISTEMA DE SUCCION CERRADO SE ASPIRA MODERADA CANTIDAD DE SECRECION MUOCOCLANQUECINA POR TOT Y POR BOCA, VIA AEREA ARTIFICIAL QUEDA PERMEABLE, SIN COMPLICACIONES DURANTE EL PROCEDIMIENTO. PACIENTE EN EL MOMENTO SIN FAMILIAR A QUIEN EDUCAR SOBRE EL PROCEDIMIENTO Y LOS OBJETIVOS, INTERVENCION REALIZADA POR ADRIANA VERGARA, FISIOTERAPEUTA.

SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (TAPABOCAS N95, MONOGAFAS, CARETA, GUANTES, BATA ANTIFLUIDO, UNIFORME ANTIFLUIDO, ZAPATO CERRADO ANTIFLUIDO), MAS LAVADO DE MANOS EN LOS CINCO MOMENTOS Y DESINFECCION DEL PUESTO DE TRABAJO, SEGUN LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES BAJO PANDEMIA POR SARS COV-2.

FECHA Y HORA DE APLICACION: 06/02/2022 17:04:39 REALIZADO POR: ADRIANA MARIA VERGARA TULANDE

ADRIANA MARIA VERGARA TULANDE

Reg. 34329032/198744

FISIOTERAPIA

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 192 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 436 **FECHA** 06/02/2022 18:50:59 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS DE EDAD QUIEN PASA LA TARDE AFEBRIL TAQUINEICA ,NORMOCARDICO ,NORMOTENSO TENDIENTE A LA HIPERGLICEMIA CON UNA ESCALA NEUROLOGICA DE 11/15 PUPILAS 3 LENTAS ,FUERZA MUCULAR DE 3 EN SUS 4 EXTREMIDADES UN RASS +1 SE LE TOMARON GASES ARTERIALES ,ELIMINA MUY POCO NO HACE DEPOSICION QUEDA CON MANILLA TABLERO + STIKERT DE RIESGOS.

Nota realizada por: ALBA DENIS LOPEZ TOBAR **Fecha:** 06/02/22 18:51:02**ALBA DENIS LOPEZ TOBAR****Reg.** 34675059/346750**AUXILIAR DE ENFERMERIA****SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 438 **FECHA** 06/02/2022 20:45:24 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

SE ABRE FOLIO PARA CHEQUEO DE HISTORIA CLINICA

Nota realizada por: CLAUDIA ISABEL NOGUERA MELO **Fecha:** 06/02/22 20:45:26**CLAUDIA ISABEL NOGUERA MELO****Reg.** 59706556/522781**ENFERMERIA****SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 442 **FECHA** 06/02/2022 23:52:25 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

GASES ARTERIALES

ALCALOSIS MIXTA

PAFI 126 DISFUNCION RESPIRATORIA MODERADA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 193 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

ELECTROLITOS. K 4.0 NA 135 CL 102

PLAN. AJUSTES A PARAMETROS DE VMI ,

L HORMIGA

Evolución realizada por: LEIDER ALEJANDRO ORTEGA BASTIDAS-Fecha: 06/02/22 23:52:40**LEIDER ALEJANDRO ORTEGA BASTIDAS**

Reg. 76327859/191331

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 443 **FECHA** 07/02/2022 00:22:57**TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****FORMULA MÉDICA**

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 VIAL	INSULINA GLARGINA PEN PRELLENADO 100 UI/ ML/3 ML LANTUS SOLOSTAR 100 UI/ML/3 ML	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
20 uisc día					
1,00	1,00 TABLETA	ESOMEPRAZOL TABLETA X 40 MG 40 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
CAD DIA					
2,00	1,00 TABLETA	BISACODILO TABLETA 5 MG 5 MG	ORAL	12 Horas	CONTINUAR
18,00	6,00 VIAL	INSULINA GLULISINA PEN PRELLENADO EQ. A 300 UI SOL INYEC 100 UI/ML/3 ML (APIDR A SOLOSTAR) 100 UI	SUBCUTANEA	8 Horas	CONTINUAR
solso si glcmetrias superiro a 180					
1,00	1,00 AMPOLLAS	HEPARINA DE BAJO PESO (ENOXAPARINA) SOL INY 60 MG/0.6 ML 60 MG/0.6 ML	SUBCUTANEA	24 Horas	CONTINUAR
48,00	2,00 AMPOLLAS	FENTANILO CITRATO EQ. A FENTANILO SOLUCI ON INYECTABLE 0.5 MG/10 ML 0.5MG/10ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
rass -3					
48,00	2,00 AMPOLLAS	DEXMEDETOMIDINA SOL INY 100 MCG/ML/2ML 100 MCG/ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
RASS -1					
288,00	12,00 AMPOLLAS	MIDAZOLAM SOLUCION INYECTABLE 5 MG/5 ML 5 MG	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 194 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

RASS -3

6,00	2,00 TABLETA	QUETIAPINA FUMARATO TABLETA RECUBIERTA 25 MG 25 MG	ORAL	8 Horas	CONTINUAR
------	--------------	---	------	---------	-----------

2,00	1,00 TABLETA	ALPRAZOLAM TAB X 0.5 MG 0.5 MG	ORAL	12 Horas	CONTINUAR
------	--------------	--------------------------------	------	----------	-----------

0,5 MG VO CAADA 12 HS

720,00	1,00 LPC	GLUCERNA ALIMENTO ESPECIAL PARA PACIENTE S CON INTOLERANCIA A LA GLUCOSA 1.5 KCAL SUSPENSION 1000ML 1000 ML	OROGASTRICA	1 Hora	CONTINUAR
--------	----------	---	-------------	--------	-----------

ADMINISTRAR 1224 CC EN 24 HORAS, POR Sonda OROGASTRICA. ALCANZAR PROGRESIVAMENTE EL VOLUMEN TOTAL SEGUN INDICACION DE NUTRICION

3,00	1,00 CAJA	CLORHEXIDINA DIACETATO O DIGLUCONATO ENJ UAGUE BUCA NO APLICA	BUCAL	8 Horas	CONTINUAR
------	-----------	--	-------	---------	-----------

10 ML CADA 8 H INTUBADA

LEIDER ALEJANDRO ORTEGA BASTIDAS

Reg. 76327859/191331

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 444 FECHA 07/02/2022 01:12:39 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

TERAPIAS

Cantidad Descripción

1 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL

Estado
Realizado

PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE:

- . IRA TIPO I
- . NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS
- . CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022
- . TEP DESCARTADO
- . ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUIRIENTE
- . ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES BAJO SEDACION LEVE SIN CONEXION CON SU ENTORNO CON VIA AEREA ARTIFICIAL POR TOT 7.5 FIJO EN 24 CM CON NEUMOTAPONADOR FUNCIONAL CON SOPORTE VENTILATORIO MODO CPAP PSV 12 PEEP 5 FIO2 30% CON SATURACIONES DE 93% EN EL MOMENTO DESACOPPLADO AL VENTILADOR TORAX

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 195 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

NORMOXPAANSIVO CON AUMENTO DEL TRABAJO RESPIRATORIO A LA AUSCULTACION MV DISMINUIDO EN BASES CON PRESENCIA DE ESTERTORES EN ACP

DIAGNOSTICO APTA/DOMINIO CARDIOPULMONAR/ PATRON F DEFICIENCIA EN LA VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN-INTERCAMBIO DE GASES CON FALLA RESPIRATORIA

SE REALIZA TERAPIA RESPIRATORIA CON POSICIONAMIENTO SUPINO CON CABECERA A 45 GRADOS SE CONTINUA CON HIGIENE BRONQUIAL INSTRUMENTAL MEDIANTE ASPIRACION DE SECRECIONES POR TOT ENCONTRANDO MODERADA DE SECRECIONES MUCOIDES BLANQUESINAS Y POR OROFARINGE ENCONTRANDO ABUNDANTE CANTIDAD DE SECRECIONES MUCOIDES HEMATICAS QUEDA VIA AEREA PERMEABLE NO SE BRINDA EDUCACION A EL PACIENTE POR ESTADO ACTUAL TOLERA Y QUEDA EN IGUALES CONDICIONES.

FT JOHNNY MOSQUERA
REG 1061789508

NOTA: SE ATIENDE PACIENTE CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y SIGUEINDO LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES PARA LA CONTINGENCIA DE ACTUAL PANDEMIA POR COVID 19
FECHA Y HORA DE APLICACION:07/02/2022 01:33:00 REALIZADO POR: JOHNNY ALEJANDRO MOSQUERA RIVERA

JOHNNY ALEJANDRO MOSQUERA RIVERA

Reg. 1061789508

FISIOTERAPIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****446****FECHA 07/02/2022 03:38:34****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****FORMULA MÉDICA**

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
24,00	1,00 AMPOLLAS	NOREPINEFRINA 4 MG/4ML SOLUCION INYECTAB LE 4MG/ML	INTRAVENOSO	1 Hora	NUEVO

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 196 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**LUIS EDUARDO SARRIA AYERBE**

Reg. 10533972/02803-

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 449 **FECHA** 07/02/2022 04:32:11 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

PARACLINICOS

CHEMATICO 18690 LEUC HB 10.3 PLQ 379 MIL

LEUCOCITOSIS EN AUMENTO, ANEMIA LEVE. PLQ NORMALES

LHORMIGA

Evolución realizada por: LEIDER ALEJANDRO ORTEGA BASTIDAS-Fecha: 07/02/22 04:32:21**LEIDER ALEJANDRO ORTEGA BASTIDAS**

Reg. 76327859/191331

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 452 **FECHA** 07/02/2022 06:36:51 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

ENTREGO PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO, EN MONITORIA COMO UCI, CON REQUERIMIENTO DE OXIGENO, POR TOT CONECTADO A VENTILADOR MECANICO, SATURANDO ADECUADAMENTE SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON GLASGOW DE 11/15, AFEBRIL, EUCARDICO, NORMOCARDICO, HIPOTENSO CON REQUERIMIENTO DE VASOACTIVO A DOSIS BAJAS, HIPERGLISEMICO, CON REQUERIMIENTO DE RESCATE CON INSULINA APIDRA, A LA VALORACION DE LA PIEL CON EQUIMOSIS POR VENOPUNCIONES ANTERIORES, EDEMA GENERALIZADO, FLITENA EN MSI, RESTO DE LA PIEL INTEGRAL, SE TALLA CON FACILIDAD, CON FUERZA MUSCULAR DISMINUIDA EN SUS CUATRO EXTREMIDADES, SE LE REALIZAN CAMBIOS DE POSICION Y SE LE LUBRICA PIEL CON CREMA HUMECTANTE, SE LE REALIZA HIGIENE ORAL, CON CEPILLO, CREMA DENTA, CLOREHEXIDINA ENJUAGUE, JERINGA DE 20 CC, JERINGA DE 10CC Y Sonda Nelaton, se observa cavidad bucal limpia, SIN LACERACIONES, CON CVC SUBCLAVIO DERECHO TRILUMEN PASANDO SEDOANALGESIA (PRCEDEX A 12 CC/HORA) FENTANYLA 6 7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 197 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

CC/HORA,MIDAZOLAM A 6 CC/HORA Y MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS POR EL PERSONAL DE AMS,CON Sonda NASOGASTRICA PASANDO NUTRICION ENTERAL A 30 CC/HORA,SE LE IRRIGA CON 40 CC DE AGUA ESTERIL CADA 4 /HORAS,CON BUENA TOLERANCIA,SE DEJA GASTRICA Y PERMEABLE,CON LINEA RADIAL DERECHA FUNCIONAL ,ELIMINAPOR Sonda VESICALCONECTADA A CISTOFLOX CON ELIMINACION ADECUADAEN ,HACE UNA DEPOSICION BLANDA,CON DOBLE IDENTIFICACION TABLERO Y MANILLA CON SU RESPECTIVOS STIKER DE RIESGOS,PERMANECE SIN ACOMPAÑANTE,SE LE TOMAN LABORATORIOS DE CONTROL,SE REALIZA DESINFECCION DEL CUBICULO.

Nota realizada por: ESTELLA PEREZ MELECIO **Fecha:** 07/02/22 06:37:37

FORMATOS

LISTA DE VERIFICACION PARA PROCEDIMIENTO PIEL SANA

Seleccione y actualice el plan de cuidado en su turno

TURNO

. [-]Mañana [-]Tarde [X]Noche

Riesgo de UPP según escala de Braden [-]SIN RIEGO [-]RIEGO BAJO [-]RIESGO MODERADO [X]RIESGO ALTO

Hidrata piel del paciente SI

Evita colonia o alcohol, sobre la piel SI

Uso de aceite de vaselina en prominencias óseas SI

Cambios de posición según protocolo SI

Elimina humedad excesiva NO APLICA

Evita baño en cama encharcado SI

Evita masajes en prominencias óseas y zonas de presión SI

Protección especial para zonas de riesgo (Cojines) SI

Evita antiséptico local para limpieza de úlceras SI

Evita curación oclusiva en zona de infección SI

ESTELLA PEREZ MELECIO

Reg. 34553577

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 457 FECHA 07/02/2022 08:57:52 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 VIAL	INSULINA GLARGINA PEN PRELLENADO 100 UI/ ML/3 ML LANTUS SOLOSTAR 100 UI/ML/3 ML	INTRAVENOSO	24 Horas	MODIFICADO

30 uisc día

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

48,00 2,00 AMPOLLAS DEXMEDETOMIDINA SOL INY 100 MCG/ML/2ML INTRAVENOSO 1 Hora **SUSPENDIDO**
100 MCG/ML

RASS -1

ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Cantidad	Descripción	
1	PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA E INTENSIFICADOR DE IMAGEN	Pendiente
1	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	En proceso

pos tqt

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	
1	TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)	Realizado
TIEMPO DE PROTROMBINA TP :11.40 MEDIA POBLACIONAL: 10.6 seg. seg -		
INR :1.09 -		
FECHA Y HORA DE APLICACION:08/02/2022 01:23:39TECNICA EMPLEADA : METODO: COAGULOMETRIA REALIZADO POR : JORGE ARMANDO GARAY BARBOZA		

1	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT)	Realizado
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP :32.00 CONTROL NORMAL DIA: 25.1 seg. seg -		
FECHA Y HORA DE APLICACION:08/02/2022 01:23:39TECNICA EMPLEADA : METODO: COAGULOMETRIA REALIZADO POR : JORGE ARMANDO GARAY BARBOZA		

1	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L	Realizado
madrugada		
RECUENTO DE LEUCOCITOS :21.74 x10 ³ / 5 - 10		
NEUTROFILOS % :85.40 % 40.3 - 74.8		
LINFOCITOS % :8.30 % 12.2 - 47.1		
MONOCITOS % :4.30 % 4.4 - 12.3		
EOSINOFILOS % :1.10 % 0.01 - 4.4		
BASOFILOS % :0.10 % 0.01 - 0.7		
NEUTROFILOS Abs :18.56 x10 ³ / 1.82 - 7.42		
LINFOCITOS Abs :1.80 x10 ³ / 1.5 - 4		
MONOCITOS Abs :0.93 x10 ³ / 0.03 - 0.77		
EOSINOFILOS Abs :0.25 x10 ³ / 0.03 - 0.44		
BASOFILOS Abs :0.03 x10 ³ / 0.01 - 0.05		
RECUENTO DE ERITROCITOS :3.95 x10 ⁶ / 4.6 - 6.2		
HEMATOCRITO :30.9 % 40 - 54		
HEMOGLOBINA :11.10 g/dl 13.5 - 18		
MCV :78.2 fl 86 - 96		
MCH :28.1 pg 25 - 31		
MCHC :35.9 g/dl 32 - 38		
RDW :14.00 % 11 - 15		

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 199 de 293

Fecha: 24/03/22

G. etareo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825RECuento DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO :415 x10³/ 150 - 450

MPV :11.8

fl 6.4 - 13

RECuento DIFERENCIAL MANUAL :- -

FECHA Y HORA DE APLICACION:08/02/2022 01:23:39TECNICA EMPLEADA : METODO: LASER SEMICONDUCTOR REALIZADO

POR : JORGE ARMANDO GARAY BARBOZA

2 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)**Pendiente**

tarde y madrugada

1 NITROGENO UREICO (BUN)**Realizado**

madrugada

NITROGENO UREICO :14.7 mg/dl 8 - 23

FECHA Y HORA DE APLICACION:08/02/2022 01:23:39TECNICA EMPLEADA : METODO: UV CINETICO REALIZADO POR :

JORGE ARMANDO GARAY BARBOZA

1 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS**Realizado**

madrugada

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS :0.60 mg/dl 0.67 - 1.17

FECHA Y HORA DE APLICACION:08/02/2022 01:23:39TECNICA EMPLEADA : METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.

REALIZADO POR : JORGE ARMANDO GARAY BARBOZA

1 PROTEINA C REACTIVA PRUEBA SEMICUANTITATIVA**Realizado**

madrugada

PROTEINA C REACTIVA SEMIAUTOMATIZADO :240.71 mg/L 0.6 - 5

FECHA Y HORA DE APLICACION:08/02/2022 01:23:39TECNICA EMPLEADA : METODO: INMUNOTURBIDIMETRIA REALIZADO

POR : JORGE ARMANDO GARAY BARBOZA

LUIS EDUARDO SARRIA AYERBE

Reg. 10533972/02803-

CUIDADO CRITICO

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 200 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953**Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**SEDE DE ATENCIÓN:**

001

CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS**FOLIO****459****FECHA 07/02/2022 09:21:27****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****INTERCONSULTAS**

INTERCONSULTA PORANESTESIOLOGIA

Fecha de Orden: 07/02/2022 **Atendido****OBSERVACIONES**

SS VAL PREANESTESICA

RESULTADOS :

TURNO PARA TRAQUEOSTOMIA , NO HAY FAMILIAR EN EL MOMENTO DE LA VALORACION , SE DEJA CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ESPERA QUE FAMILIAR AUTORICE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

PACIENTE CON NEUMONIA POR COVID 19 (22 ENERO /22) DM HTA FIBRILACION AURICULAR PAROXISTICA

EN SOPORTE INOTROPICO CON NORADRENALINA 0.03 MCG KG MIN , BAJO SEDOANALEGESIA CON MIDAZOLAM, FENTANIL , PRECEDEX

EX. FISICO: TA 100/60 FC 77 SPO2 97 FR 18

LAB: GASES ARTERIALES INDICE PAFI 126 K4 NA 135 CLORO 102 CH HB 10.3 RTO PLAQUETAS 379000 GB 18690 HTO 28,3

PENDIENTE LABN DE HOY TP TPT BUN CREAT HEMOGRAMA

ASA 3 AYUNO 6 H CONSENTIMIENTO INFORMAQDO PRONOSTICO RESERVADO .. FECHA Y HORA DE APLICACION:07/02/2022 11:40:58

REALIZADO POR : GUSTAVO ADOLFO PINEDA FARELO

GUSTAVO ADOLFO PINEDA FARELO

Reg. 70140-04

ANESTESIOLOGIA**FIRMA MEDICO QUE REALIZA****LUIS EDUARDO SARRIA AYERBE**

Reg. 10533972/02803-

CUIDADO CRITICO**SEDE DE ATENCIÓN:**

001

CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS**FOLIO****460****FECHA 07/02/2022 09:26:03****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****PROCEDIMIENTOS QUIRÚGICOS****Cantidad****Descripción****1**

TRAQUEOSTOMIA VIA ABIERTA

Pendiente

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 201 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**GUILLERMO VALLEJO VALLECILLA**

Reg. 10299642/19131-

CIRUGIA GENERAL**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 462 **FECHA** 07/02/2022 10:48:06 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****TERAPIAS**

Cantidad	Descripción	Estado Realizado
1	TERAPIA FISICA INTEGRAL	
FECHA Y HORA DE PROCEDIMIENTO: 07/02/22 9+00		

PACIENTE GENERO MASCULINO DE 68 AÑOS CON DIAGNOSTICO MEDICOS DE:

.IRA TIPO I

- NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS
- CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022
- TEP DESCARTADO
- ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUIRIENTE
- ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

ENCUENTRO PACIENTE BAJO SEDOANALGESIA CON IOT MAS VENTILACION MECANICA MODO AC VT 3710 FIO2 40% PEEP 5 FR 20 SATURANDO 91 ACOPLADO AL VENTILADOR, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON ATROFIA MUSCULAR GENRALIZADA, AMA COMPLETOS, DESACONDICIONAMIENTO FISICO SEVERO DEBIDO A DECUBITO PROLONGADO, EDEMA DE EXTREMIDADES CON PREDOMINIO EN MMSS.

SE REALIZA TERAPIA FISICA CON POSICIONAMIENTO EN SUPINO CABECERA A 45 GRADOS, MOVILIZACIONES PASIVAS Y ACTIVIDADES DE EXTREMIDADES EN TODOS LOS RANGOS DE MOVILIDAD ARTICULAR, EJERCICIOS LIBRES ASISTIDOS, DESCARGAS DE PESO, ESTIMULOS PROPIOCEPTIVOS, ESTIRAMIENTOS MUSCULARES DE LAS CUATRO EXTREMIDADES Y DRENAJE LINFATICO. TOLERO BIEN EL TRATAMIENTO.

SE REALIZA ATENCION CON TODOS LOS EPP SEGUN LINEAMIENTOS GUBERNAMENTALES REQUERIDOS POR PANDEMIA DE SARS COV 2 Y LAVADO Estricto DE MANIOS EN LOS CINCO MOMENTOS.

FT: JOHANA GARCIA MUÑOZ

1061697224

FECHA Y HORA DE APLICACION:07/02/2022 10:51:10 REALIZADO POR: JOHANA MARIBEL GARCIA MUÑOZ



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 202 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

Johana M. Garcia M

JOHANA MARIBEL GARCIA MUÑOZ

Reg. 1061697224

FISIOTERAPIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 464 FECHA 07/02/2022 11:38:00 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

TERAPIAS

Cantidad	Descripción
1	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL

Estado
Realizado

PCTE CON DXS MEDICOS: IRA TIPO I - NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS - CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022 - TEP DESCARTADO - ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUIRIENTE - ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL - FA PAROXISTICA , EN EL MOMENTO CON SOPORTE VENTILATORIO EN AC/VT: 380 + FR: 20 + PEEP: 5 + FIO2: 70% + SAT: 94%, EN SINCRONIA CON LA VENTILACION MECANICA , MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES CON TENDENCIA A LA DISMINUCION BIBASAL , SE INICIA INTERVENCION CON MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL + SUCCION CERRADA CON ASPIRACION DE SECRECIONES POR TUBO OROTRAQUEAL OBTENIENDO SECRECIONES MUCOIDES EN ESCASA CANTIDAD, POR OROFARINGE SE OBTIENEN SECRECIONES HIALINAS EN MODERADA CANTIDAD, SE VERIFICA PRESION DEL NEUMOTAPONADOR EN 24 CM SH20, PCTE TOLERA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.

FT. ALDEMAR BURGOS

1909093 - FISIOTERAPEUTA.

FECHA Y HORA DE APLICACION: 07/02/2022 11:38:16 REALIZADO POR: ALDEMAR MUÑOZ BURGOS

aldemar M Burgos

ALDEMAR MUÑOZ BURGOS

Reg. 10308347/190909

FISIOTERAPIA EN CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 466 FECHA 07/02/2022 12:42:56 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 203 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

SE REVIZA HISTORIA CLINICA , SE REALIZAN CAMBIOS DE REVISTA MEDICA Y SE COBRAN INSUMOS DE MEDICAMENTOS DE 24 HORAS

Nota realizada por: EDY ESMERALDA FANDINO ARAUJO Fecha: 07/02/22 12:42:59**EDY ESMERALDA FANDINO ARAUJO**

Reg. 34446394/344463

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO 472 FECHA 07/02/2022 15:14:11 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

EVOLUCION UCI DIA

NOTA RETROSPECTIVA

PACIENTE HENRY POLINDARA DE 68 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE TRABAJO:

- . IRA TIPO I
- . NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS
- . CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022
- . TEP DESCARTADO
- . ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUIRIENTE
- . ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL
- . FA PAROXISTICA

CRITERIO DE INFECCION POR SARS-COV2:

- . CLINICO: CUADRO CLINICO DE 5 DIAS CON SINTOMAS RESPIRATORIOS
- . MICROBIOLOGIA CON Ag SARS-COV2 22-01- 2022 POSITIVO.
- . PARACLINICOS: TROPONINA 0.010-0.006 - DIMERO D 70400 - PANEL VIRAL NEGATIVO

ANTIBIOTICOTERAPIA:

- . AMPICILINA SULBACTAM F.I. 26/01/22 FF: 01/02/22
- . AZITROMICINA F.I. 26/01/22 FF: 01/02/22

OTROS MEDICAMENTOS:

- . DEXAMETASONA FI 26/01/22

MICROBIOLOGIA:

- . 30/01/22 CULTIVO SECRECION BRONQUIAL: NEG 24 HORAS

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

- . 26/01/22 CULTIVO DE SECRECIÓN BRONQUIAL NEGATIVO 48 HORAS
- . 26/01/22 HEMOCULTIVOS 1-2-3 NEGATIVOS A LAS 72 HORAS
- . 26/01/22 UROCULTIVO NEGATIVO
- . 26/01/22 BACILOSCOPIA EN SECRECIÓN BRONQUIAL NEGATIVA

PROCEDIMIENTOS

- IOT 28 ENERO.22

EVENTOS

DIFÍCIL DESTETE VENTILATORIO

HOY EN TRÁMITE DE PROGRAMAR TRAQUEOSTOMIA

AFEBRIL, LEUCOCITOSIS NEUTROFILIA

DISFUNCIÓN PULMONAR MODERADA A SEVERA PAFI 102

GASES ART DE CONTROL TARDE

PH 7,487 PCO2 37 CHO3 28,7 PAFI 102 HB 11,9 K 4 NA 136 CL 103 AG 4,4 CLACT 1.0 DISFUNCIÓN PULMONAR MODERADA A SEVERA

EXAMEN FÍSICO

PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMO

SV TEMP 36,6°C FR 21 FC 55 TA 84/51 TAM 62 MM HG GLUCOMETRIA 280 MG DL

MUCOSAS HUMEDAS

CUELLO LLENADO YUGULAR NORMAL. CVC SD CUBIERTO LIMPIO

TORAX SIMETRICO SIN RETRACCIONES

PULMONES CON LEVE HIPOVENTILACION EN ACP, SIN SOBREALAGRADOS

CORAZON REGISTRO ELECTROCARDIOGRAFICO EN BRADICARDIA SINUSAL. NO SOPLOS

ABD BLANDO, NO SIGNOS PERITONEALES.

GU GENITALES EXTERNOS DE ASPECTO NORMAL. MICCIÓN ESPONTANEA CONSERVADA

EXT SIMETRICAS SIN EDEMAS. PERFUSION DISTAL CON LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS Y PULSOS DISTALES ++/++++

SNC: RASS -4.

ANÁLISIS .

PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD, CON INFECCIÓN VIRAL MODERADA A GRAVE POR SARS.COVID2 CON DETERIORO DE LA MECÁNICA VENTILATORIA PAFI EN DESCENSO CONTROL DE 102 SIN NUEVOS EPISODIOS ARRITMICOS. AUN EN VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA PROLONGADA ANTE LOS INTENTOS DIFÍCIL DESTETE VENTILATORIO POR TANTO SE SS TURNO PARA TRAQUEOSTOMIA SE SS VAL PREANESTESICA SS CONTROL DE PARACLINICOS CONTROL GASIMETRICO PRONOSTICO RESERVADO

JUSTIFICACION UCI.

VENTILACION MECANICA INVASIVA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 205 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

NOTA: SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (BATA, UNIFORME ANTIFLUIDO, CARETA, MONOGAFAS, MASCARILLA Y GUANTES) , SE REALIZA ADEMAS DURANTE SU ATENCION LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS CORRESPONDIENTES, SEGUN LINEAMIENTOS PROTOCOLARIOS INTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES DEL MINISTERIO DE SALUD, POR CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA SARS-COV2.

Evolución realizada por: LUIS EDUARDO SARRIA AYERBE-Fecha: 07/02/22 15:14:28

LUIS EDUARDO SARRIA AYERBE

Reg. 10533972/02803-

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO 474 FECHA 07/02/2022 17:14:52 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

paciente inestable masculino de 68 años de edad , en la unidad de uci en cama con barandas elevadas cabecera a 45 grados con diagnostico ya registrados en la historia clinica,normocardico hipotenso con goteo de levophed titulable, con tubo orotraquial fo2 a 50, bajo sedacion , glasgow 3/15 pupilas tres lentas a la luz fuerza muscular ausente en sus cuatro extremidade, con cateter cateter central, 28/02 curacion 05/02 , con leva sangrado, tiene linea radial derecha buen llenado capilar,, se realizan medidas de confort higiene oral, con clorexidina enjuague, baño en cama limpieza de la sonda vesical, con clorexidina al 2% con previa tecnica aseptica, con sonda orogastrica el cual se irriga con 40 de agua escaso rtesiduo gastrico, se toma glucomtria de control se informa al jefe de turno,gases en la tarde de control por linea radial con previa tecnica aseptica, cambios de posicion se talla con facilidad paciente con alto grado de perdida de la piel,se encuentra inmovilizado por tener alto riesgo de retiro de los elementos,invasivos queda con manilla y tablero de identificacion, se entrega con piel integral,

Nota realizada por: RUBIELA IBARRA HURTADO Fecha: 07/02/22 17:16:28

RUBIELA IBARRA HURTADO

Reg. 25274115/252741

AUXILIAR DE ENFERMERIA



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 206 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección: CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento: CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 478 FECHA 07/02/2022 19:49:03 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

ABRO FOLIO PARA CHEQUEO DE HISTORIA CLINICA

Nota realizada por: NATALIA MARITZA BOLAÑOS ORDOÑEZ Fecha: 07/02/22 19:49:09

NATALIA MARITZA BOLAÑOS ORDOÑEZ

Reg. 1053858796

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 479 FECHA 07/02/2022 19:52:09 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

SE REVIZA HISTORIA CLINICA PARA MANEJO MEDICO ESTABLECIDO AMS , MEDICAMENTOS ADMON POR PARTE DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA,BAJO SUPERVICION ,PACIENTES CON MANILLA Y TABLERO DE IDENTIFICACION CON RESPECTIVO STICKER DE RIESGO.SE ATIENDE CON ELEMENTOS DE PROTECCION, LAVADO DE MANOS Y PAUTAS DE BUENA PRACTICA ORDENADOS DE FORMA INSTITUCIONAL Y GUBERNAMENTAL

Nota realizada por: SANDRA MUÑOZ CIFUENTES Fecha: 07/02/22 19:52:12

SANDRA MUÑOZ CIFUENTES

Reg. 34560880/8586

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 481 FECHA 08/02/2022 00:11:52 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

TERAPIAS

Cantidad	Descripción
1	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL

Estado
Realizado

NOTA RETROSPECTIVA: 07/02/22 22+30H, PACIENTE CON SOPORTE DE VENTILACION MECANICA INVASIVA, MODO AC, VT 360ml, FR 20RPM, FIO2 50%, PEEP 5cmH2O, SATO2 97%, DOMINIO CARDIOPULMONAR, PATRON C. SE OBSERVA CAVIDAD ORAL LIMPIA, SE VERIFICAN ALARMAS DEL VM, SE OBSERVA SUJETADOR DE TOT EN BUENAS CONDICIONES Y ADECUADA POSICION, EN RAYOS X DE TORAX SE OBSERVA TOT A 1 cm, DE LA CARINA SE RETIRA 1cm

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 207 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

Y QUEDA FIJO EN 24cm, SE VERIFICA PRESION DEL NEUMOTAPONADOR EN 24cmH₂O, SIGUIENDO ORDEN MEDICA CON LA CABECERA ELEVADA A 45 GRADOS, SE REALIZA UNA TERAPIA RESPIRATORIA, MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL, LAVADO DE TOT CON SSN Y ATRAVES DE SISTEMA DE SUCCION CERRADO SE ASPIRA MODERADA CANTIDAD DE SECRECION MUCOPURULENTA POR TOT Y MUCOIDE POR BOCA, VIA AEREA ARTIFICIAL QUEDA PERMEABLE, SIN COMPLICACIONES DURANTE EL PROCEDIMIENTO. PACIENTE EN EL MOMENTO SIN FAMILIAR A QUIEN EDUCAR SOBRE EL PROCEDIMIENTO Y LOS OBJETIVOS, INTERVENCION REALIZADA POR ADRIANA VERGARA, FISIOTERAPEUTA. SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (TAPABOCAS N95, MONOGAFAS, CARETA, GUANTES, BATA ANTIFLUIDO, UNIFORME ANTIFLUIDO, ZAPATO CERRADO ANTIFLUIDO), MAS LAVADO DE MANOS EN LOS CINCO MOMENTOS Y DESINFECCION DEL PUESTO DE TRABAJO, SEGUN LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES BAJO PANDEMIA POR SARS COV-2.

FECHA Y HORA DE APLICACION: 08/02/2022 01:27:55 REALIZADO POR: ADRIANA MARIA VERGARA TULANDE

ADRIANA MARIA VERGARA TULANDE

Reg. 34329032/198744

FISIOTERAPIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 482 **FECHA** 08/02/2022 00:17:58 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO**

Cantidad	Descripción	Pendiente
2	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]	

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 VIAL	INSULINA GLARGINA PEN PRELLENADO 100 UI/ML/3 ML LANTUS SOLOSTAR 100 UI/ML/3 ML	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
30 uisc dia					
1,00	1,00 TABLETA	ESOMEPRAZOL TABLETA X 40 MG 40 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
CAD DIA					
2,00	1,00 TABLETA	BISACODILO TABLETA 5 MG 5 MG	ORAL	12 Horas	CONTINUAR
18,00	6,00 VIAL	INSULINA GLULISINA PEN PRELLENADO EQ. A 300 UI SOL INYEC 100 UI/ML/3 ML (APIDR A SOLOSTAR) 100 UI	SUBCUTANEA	8 Horas	CONTINUAR
solso si glcmetrias superiro a 180					
1,00	1,00 AMPOLLAS	HEPARINA DE BAJO PESO (ENOXAPARINA) SOL	SUBCUTANEA	24 Horas	CONTINUAR

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 208 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953

Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

INY 60 MG/0.6 ML 60 MG/0.6 ML

24,00	1,00 AMPOLLAS	NOREPINEFRINA 4 MG/4ML SOLUCION INYECTABLE 4MG/ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
48,00	2,00 AMPOLLAS	FENTANILO CITRATO EQ. A FENTANILO SOLUCION INYECTABLE 0.5 MG/10 ML 0.5MG/10ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
288,00	12,00 AMPOLLAS	MIDAZOLAM SOLUCION INYECTABLE 5 MG/5 ML 5 MG	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
6,00	2,00 TABLETA	QUETIAPINA FUMARATO TABLETA RECUBIERTA 25 MG 25 MG	ORAL	8 Horas	CONTINUAR
2,00	1,00 TABLETA	ALPRAZOLAM TAB X 0.5 MG 0.5 MG	ORAL	12 Horas	CONTINUAR
720,00	1,00 LPC	GLUCERNA ALIMENTO ESPECIAL PARA PACIENTE S CON INTOLERANCIA A LA GLUCOSA 1.5 KCAL SUSPENSION 1000ML 1000 ML	OROGASTRICA	1 Hora	CONTINUAR
3,00	1,00 CAJA	CLORHEXIDINA DIACETATO O DIGLUCONATO ENJ UAGUE BUCA NO APLICA	BUCAL	8 Horas	CONTINUAR

ADMINISTRAR 1224 CC EN 24 HORAS, POR Sonda OROGASTRICA. ALCANZAR PROGRESIVAMENTE EL VOLUMEN TOTAL SEGUN INDICACION DE NUTRICION

10 ML CADA 8 H INTUBADA

ROGGER FLEIDER ROSERO RIASCOS

Reg. 1088735613

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 484 FECHA 08/02/2022 01:10:31 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

TERAPIAS

Cantidad	Descripción
1	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL

Estado
No se realizo

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 209 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953**Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

FECHA Y HORA DE APLICACION:08/02/2022 01:28:12 REALIZADO POR: ADRIANA MARIA VERGARA TULANDE

PROCEDIMIENTO NO APLICADO. , POR: ADRIANA MARIA VERGARA TULANDE

ADRIANA MARIA VERGARA TULANDE

Reg. 34329032/198744

FISIOTERAPIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****488****FECHA 08/02/2022 03:49:03****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

INTERPRETACION PARACLINICOS CONTROL:

GASES ART:

EQUILIBRIO ACIDO BASE, CON DISFUNCION PULMONAR MODERADA: PAFI: 133

NORMOLACTATEMIA: 1.2

ELECTROLITOS: SIN ALTERACIONES

HEMOGRAMA: LEUCOCITOSIS EN ASCENSO, ANEMIA LEVE, PALQUETAS NORMALES

AZOADOS: RANGOS NORMALES

PLAN: SE COMENTARA EN REVISTA MEDICA

CONTINUA MANEJO ESTABLECIDO

Evolución realizada por: ROGGER FLEIDER ROSERO RIASCOS-Fecha: 08/02/22 03:49:09**ROGGER FLEIDER ROSERO RIASCOS**

Reg. 1088735613

MEDICINA GENERAL



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 210 de 293

Fecha: 24/03/22

G.eta: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 490 **FECHA** 08/02/2022 06:24:02 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

TERAPIAS

Cantidad	Descripción	Estado Realizado
1	<u>TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL</u>	
NOTA RETROSPECTIVA: 07/02/22 05+30H, PACIENTE CON SOPORTE DE VENTILACION MECANICA INVASIVA, MODO AC, VT 360ml, FR 20RPM, FIO2 45%, PEEP 5cmH2O, SATO2 96%, DOMINIO CARDIOPULMONAR, PATRON C. SE OBSERVA CAVIDAD ORAL LIMPIA, SE VERIFICAN ALARMAS DEL VM, SE VERIFICA PRESION DEL NEUMOTAPONADOR EN 24cmH2O, SIGUIENDO ORDEN MEDICA CON LA CABECERA ELEVADA A 45 GRADOS, SE REALIZA UNA TERAPIA RESPIRATORIA, MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL, LAVADO DE TOT CON SSN Y ATRAVES DE SISTEMA DE SUCCION CERRADO SE ASPIRA ESCASA CANTIDAD DE SECRECION MUCOBLANQUECINA POR TOT Y MUCOIDE POR BOCA, VIA AEREA ARTIFICIAL QUEDA PERMEABLE, SIN COMPLICACIONES DURANTE EL PROCEDIMIENTO. PACIENTE EN EL MOMENTO SIN FAMILIAR A QUIEN EDUCAR SOBRE EL PROCEDIMIENTO Y LOS OBJETIVOS, INTERVENCION REALIZADA POR ADRIANA VERGARA, FISIOTERAPEUTA. SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (TAPABOCAS N95, MONOGAFAS, CARETA, GUANTES, BATA ANTIFLUIDO, UNIFORME ANTIFLUIDO, ZAPATO CERRADO ANTIFLUIDO), MAS LAVADO DE MANOS EN LOS CINCO MOMENTOS Y DESINFECCION DEL PUESTO DE TRABAJO, SEGUN LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES BAJO PANDEMIA POR SARS COV-2. FECHA Y HORA DE APLICACION: 08/02/2022 06:26:00 REALIZADO POR: ADRIANA MARIA VERGARA TULANDE		

ADRIANA MARIA VERGARA TULANDE

Reg. 34329032/198744

FISIOTERAPIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 491 **FECHA** 08/02/2022 06:25:08 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

Paciente masculino, monitorizado como uci, hemodinamicamente inestable, con glasgow 3/15, con fuerza muscular disminuida en sus extremidades, conectado a ventilación mecánica, saturando adecuadamente, con sonda nasogastrica permeable recibiendo nutrición bien tolerada sin dejar residuo gástrico, con catéter venoso central subclavio derecho, permeable para la administración de medicamentos sedacion y líquidos endovenosos sin signos de eritema, con línea arterial derecha funcional, elimina con sonda vesical adecuadamente, a la valoración de la piel se observa equimosis por puncion en miembros superiores, edema generalizado, flictenas en miembros superiores, el resto de piel integra, paciente con alto riesgo de UPP por su condición clínica y su prolongada estancia, se le administra tratamiento ordenado sin complicaciones, se le brindan medidas de higiene y confort, queda con manilla y tablero de identificacion.

Nota realizada por: JULIETH ANGELICA LEDESMA ROJAS **Fecha:** 08/02/22 06:25:10

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 211 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

JULIETH ANGELICA LEDESMA ROJAS

Reg. 34327597

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

495

FECHA 08/02/2022 09:47:22

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad

Descripción

1

TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)

Realizado

madrugada

TIEMPO DE PROTROMBINA TP :12.10 MEDIA POBLACIONAL: 10.6 seg. seg -

INR :1.15 -

FECHA Y HORA DE APLICACION:09/02/2022 01:44:54TECNICA EMPLEADA : METODO: COAGULOMETRIA REALIZADO POR :

MARIA VICTORIA SANABRIA JIMENEZ

1

TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT)

Realizado

madrugada

TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP :36.90 CONTROL NORMAL DIA: 24.6 seg. seg -

FECHA Y HORA DE APLICACION:09/02/2022 01:44:54TECNICA EMPLEADA : METODO: COAGULOMETRIA REALIZADO POR :

MARIA VICTORIA SANABRIA JIMENEZ

1

HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L Realizado

madrugada

RECuento DE LEUCOCITOS :19.54 x10³/ 5 - 10

NEUTROFILOS % :94.60 % 40.3 - 74.8

LINFOCITOS % :2.70 % 12.2 - 47.1

MONOCITOS % :2.00 % 4.4 - 12.3

EOSINOFILOS % :0.00 % 0.01 - 4.4

BASOFILOS % :0.10 % 0.01 - 0.7

NEUTROFILOS Abs :18.48 x10³/ 1.82 - 7.42LINFOCITOS Abs :0.52 x10³/ 1.5 - 4MONOCITOS Abs :0.40 x10³/ 0.03 - 0.77EOSINOFILOS Abs :0.00 x10³/ 0.03 - 0.44BASOFILOS Abs :0.02 x10³/ 0.01 - 0.05

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825RECuento DE ERITROCITOS :3.44 x10⁶/ 4.6 - 6.2

HEMATOCRITO :27.2 % 40 - 54

HEMOGLOBINA :9.90 g/dl 13.5 - 18

MCV :79.1 fl 86 - 96

MCH :28.8 pg 25 - 31

MCHC :36.4 g/dl 32 - 38

RDW :14.00 % 11 - 15

RECuento DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO :339 x10³/ 150 - 450

MPV :11.8

fl 6.4 - 13

RECuento DIFERENCIAL MANUAL :- -

FECHA Y HORA DE APLICACION:09/02/2022 00:56:49TECNICA EMPLEADA : METODO: LASER SEMICONDUCTOR REALIZADO

POR : MARIA VICTORIA SANABRIA JIMENEZ

2 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)**Pendiente**

tarde y madrugada

1 NITROGENO UREICO (BUN)**Realizado**

madrugada

NITROGENO UREICO :13.0 mg/dl 8 - 23

FECHA Y HORA DE APLICACION:09/02/2022 00:56:49TECNICA EMPLEADA : METODO: UV CINETICO REALIZADO POR :

MARIA VICTORIA SANABRIA JIMENEZ

1 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS**Realizado**

madrugada

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS :0.53 mg/dl 0.67 - 1.17

FECHA Y HORA DE APLICACION:09/02/2022 00:56:49TECNICA EMPLEADA : METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.

REALIZADO POR : MARIA VICTORIA SANABRIA JIMENEZ

1 PROTEINA C REACTIVA PRUEBA SEMICUANTITATIVA**Realizado**

madrugada

PROTEINA C REACTIVA SEMIAUTOMATIZADO :261.44 mg/L 0.6 - 5

FECHA Y HORA DE APLICACION:09/02/2022 00:56:49TECNICA EMPLEADA : METODO: INMUNOTURBIDIMETRIA REALIZADO

POR : MARIA VICTORIA SANABRIA JIMENEZ

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 213 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**JANE JANINE ROJAS ECHEVERRY**

Reg. 1117487964/1908

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN:		001	CLINICA LA ESTANCIA	Edad : 68 AÑOS	
FOLIO	498	FECHA	08/02/2022 10:25:05	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
4,00	1,00 AMPOLLAS	PIPERACILINA/TAZOBACTAM POLVO PARA RECON STITU 4.5G 4.5 G	INTRAVENOSO	6 Horas	NUEVO

JANE JANINE ROJAS ECHEVERRY

Reg. 1117487964/1908

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN:		001	CLINICA LA ESTANCIA	Edad : 68 AÑOS	
FOLIO	499	FECHA	08/02/2022 10:35:18	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

SE ABRE FOLIO PARA CHEQUEO DE HISTORIA CINICA

Nota realizada por: CLAUDIA ISABEL NOGUERA MELO Fecha: 08/02/22 10:35:54**CLAUDIA ISABEL NOGUERA MELO**

Reg. 59706556/522781

ENFERMERIA



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 214 de 293

Fecha: 24/03/22

G.eta: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

501

FECHA 08/02/2022 11:21:12

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad

Descripción

5 ANTIBIOGRAMA (MIC) METODO AUTOMATICO

En proceso

1 COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA

Realizado

sb y orina

COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA :MEMO Orina sin centrifugar: No se observan

microorganismos en la muestra examinada. Blastocnoidias: Escasas. -

FECHA Y HORA DE APLICACION:08/02/2022 14:23:11REALIZADO POR : JORGE ARMANDO GARAY BARBOZA

1 CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HEC Realizado

sb

CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA :POSITIVO Secrecion bronquial.

Recuento de 5 x 10⁷ UFC/mL

Crecimiento Bacilo Gram Negativo.

Antibiograma e identificacion en proceso 09/02/2022.

PRUEBA DE OXIDASA NEGATIVA -

FECHA Y HORA DE APLICACION:09/02/2022 09:48:52REALIZADO POR : JENNIFER RODRIGUEZ MEZA

4 HEMOCULTIVO CON RESINA

En proceso

aerobios y anerobios

HEMOCULTIVO CON RESINA CADA MUESTRA :NEGATIVO Número de Muestra:

Hemocultivo N.1

Sitio anatómico de la muestra: CVC

Resultado Informe Preliminar: 09/02/2022 Negativo a las 24 horas de incubación

Resultado Informe Preliminar: 10/02/2022 Negativo a las 48 horas de incubación

Resultado Informe Preliminar: 11/02/2022 Negativo a las 72 horas de incubación.

Informe Final: 14/02/2022 Negativo a los 5 días de incubación. -

FECHA Y HORA DE APLICACION:09/02/2022 10:26:45REALIZADO POR : JENNIFER RODRIGUEZ MEZA

1 UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA MIC AUTOMATICO] INCLUYE EL RECuento DE COLONIAS

Realizado

UROCULTIVO ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMAT :NEGATIVO Resultado:

Negativo a las 24 Horas de Incubación. -

FECHA Y HORA DE APLICACION:18/02/2022 13:52:18REALIZADO POR : JENNIFER RODRIGUEZ MEZA

1 UROANALISIS

Realizado

COLOR . :AMARILLO -

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 215 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección: CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento: CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

ASPECTO: .LIG. TURBIO -

DENSIDAD URINARIA: .1020 1005 - 1030

pH: .5.0 4.8 - 7.4

LEUCOCITOS/ESTEARASA: .500 /uL -

NITRITOS: .NEGATIVO -

PROTEINAS: .25 mg/dl -

GLUCOSA: .50 mg/dl -

CETONAS: .5 mg/dl -

UROBILINOGENO: .12 mg/dl -

BILIRRUBINA: .3 mg/dl -

HEMOGLOBINURIA: .50 /uL -

BACTERIAS: .+ -

CELULAS EPITELIALES: .2 /uL 0 - 5

LEUCOCITOS: .11 /uL 0 - 9

HEMATIES: .21 hematies dismórficos 80%

hematies eumórficos 20 % /uL 0 - 6

OTROS: .MEMO blastoconidias ++

Muestra procesada por el método de KOVA Leucocitos Valor Normal: 0-4/uL

Hematies Valor Normal: 0-2/uL -

FECHA Y HORA DE APLICACION: 08/02/2022 13:41:34 REALIZADO POR : JORGE ARMANDO GARAY BARBOZA

JANE JANINE ROJAS ECHEVERRY

Reg. 1117487964/1908

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

502

FECHA 08/02/2022 11:22:57

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
8,00	2,00 TABLETA	ACETAMINOFEN TABLETA Ó CÁPSULA X 500 MG 500 MG	ORAL	6 Horas	NUEVO
si fiebre					

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 216 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**JANE JANINE ROJAS ECHEVERRY**

Reg. 1117487964/1908

MEDICINA GENERAL**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 503 **FECHA** 08/02/2022 11:27:32 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****ORDENES DE LABORATORIO**

Cantidad	Descripción	
2	HEMOCULTIVO ANAEROBIO POR METODO AUTOMATICO TARIFA POR CADA MUESTRA	En proceso
HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA :NEGATIVO Número de Muestra:		
Hemocultivo N.1		
Sitio anatómico de la muestra: CVC		
Resultado Informe Preliminar: 09/02/2022 Negativo a las 24 horas de incubación		
Resultado Informe Preliminar: 10/02/2022 Negativo a las 48 horas de incubación		
Resultado Informe Preliminar: 11/02/2022 Negativo a las 72 horas de incubación		

Informe Final: 14/02/2022 Negativo a los 5 días de incubación.

FECHA Y HORA DE APLICACION:09/02/2022 10:26:15REALIZADO POR : JENNIFER RODRIGUEZ MEZA

JANE JANINE ROJAS ECHEVERRY

Reg. 1117487964/1908

MEDICINA GENERAL**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 506 **FECHA** 08/02/2022 12:18:59 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

PACIENTE PRESENTA PICO FEBRIL, SE TOMAN 4 HEMOCULTIVOS BAJO TECNICA ESTERIL 3 DE CVC SCD UNO PARA ANAEROBIOS UNO PARA AEROBIOS Y UNO PARA HONGOS, Y UNO POR PUNCION D E MSI PARA ANAEROBIOS , S E TOMA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 217 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

UROCULTIVOS , PEDNEITNE REPORTE

SE ADMINISTRA DOSIS UNICA DE ACETAMINIFEN 1 GR POSTERIOR A TOMA DE HEMOCULTIVOS

Nota realizada por: CLAUDIA ISABEL NOGUERA MELO Fecha: 08/02/22 12:19:01

CLAUDIA ISABEL NOGUERA MELO

Reg. 59706556/522781

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 508 FECHA 08/02/2022 13:01:19 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

Se afebre folio para revision de formulacion medica programa AMS

Nota realizada por: NATALIA OSORIO DIAZ Fecha: 08/02/22 13:02:22

NATALIA OSORIO DIAZ

Reg. 1053858040

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 509 FECHA 08/02/2022 13:04:43 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

TERAPIAS

Cantidad	Descripción
1	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL

Estado
Realizado

PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE:

- . IRA TIPO I
- . NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS
- . CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022
- . TEP DESCARTADO
- . ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUIRIENTE
- . ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES BAJO SEDACION SIN CONEXION CON SU ENTORNO CON VIA AEREA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

ARTIFICIAL POR TOT 7.5 FIJO EN 24 CM CON NEUMOTAPONADOR FUNCIONAL CON SOPORTE VENTILATORIO MODO ACV VT 360 FR 20 PEEP 5 FIO2 40% CON SATURACIONES DE 95% EN EL MOMENTO DESACOPLADO AL VENTILADOR TORAX NORMOXPAISIVO CON AUMENTO DEL TRABAJO RESPIRATORIO A LA AUSCULTACION MV DISMINUIDO EN BASES CON PRESENCIA DE ESTERTORES EN ACP

DIAGNOSTICO APTA/DOMINIO CARDIOPULMONAR/ PATRON F DEFICIENCIA EN LA VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN-INTERCAMBIO DE GASES CON FALLA RESPIRATORIA

SE REALIZA TERAPIA RESPIRATORIA CON POSICIONAMIENTO SUPINO CON CABECERA A 45 GRADOS SE CONTINUA CON HIGIENE BRONQUIAL INSTRUMENTAL MEDIANTE ASPIRACION DE SECRECIONES POR TOT ENCONTRANDO MODERADA DE SECRECIONES MUCOIDES BLANQUESINAS Y POR OROFARINGE ENCONTRANDO MODERADA CANTIDAD DE SECRECIONES MUCOIDES QUEDA VIA AEREA PERMEABLE NO SE BRINDA EDUCACION A EL PACIENTE POR ESTADO ACTUAL TOLERA Y QUEDA EN IGUALES CONDICIONES.

FT JOHNNY MOSQUERA
REG 1061789508

NOTA: SE ATIENDE PACIENTE CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y SIGUEINDO LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES PARA LA CONTINGENCIA DE ACTUAL PANDEMIA POR COVID 19

FECHA Y HORA DE APLICACION:08/02/2022 13:05:47 REALIZADO POR: JOHNNY ALEJANDRO MOSQUERA RIVERA

JOHNNY ALEJANDRO MOSQUERA RIVERA

Reg. 1061789508

FISIOTERAPIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****511****FECHA 08/02/2022 14:14:38****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

EVOLUCION UCI DIA

NOTA RETROSPECTIVA

ESPECIALISTA DE TURNO DR RILDER ZAMBRANO

PACIENTE HENRY POLINDARA DE 68 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE TRABAJO:

. IRA TIPO I

.CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR

. NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

- . CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022
- . TEP DESCARTADO
- . ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUIRIENTE
- . ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL
- . FA PAROXISTICA

CRITERIO DE INFECCION POR SARS-COV2:

- . CLINICO: CUADRO CLINICO DE 5 DIAS CON SINTOMAS RESPIRATORIOS
- . MICROBIOLOGIA CON Ag SARS-COV2 22-01- 2022 POSITIVO.
- . PARACLINICOS: TROPONINA 0.010-0.006 - DIMERO D 70400 - PANEL VIRAL NEGATIVO

ANTIBIOTICOTERAPIA:

- . AMPICILINA SULBACTAM F.I. 26/01/22 FF: 01/02/22
- . AZITROMICINA F.I. 26/01/22 FF: 01/02/22

OTROS MEDICAMENTOS:

- . DEXAMETASONA FI 26/01/22 YA TERMINO

MICROBIOLOGIA:

- . 30/01/22 CULTIVO SECRECION BRONQUIAL: NEG 24 HORAS
- . 26/01/22 CULTIVO DE SECRECION BRONQUIAL NEGATIVO 48 HORAS
- . 26/01/22 HEMOCULTIVOS 1-2-3 NEGATIVOS A LAS 72 HORAS
- . 26/01/22 UROCULTIVO NEGATIVO
- . 26/01/22 BACILOSCOPIA EN SECRECION BRONQUIAL NEGATIVA

EVENTOS**EMPEORAMIENTO CLINICO DADO POR :**

- SIRS TAQUICARDIA FIEBRE
- FLEBITIS EN BRAZO IZQUIERDO
- FEBRIL
- SOPORTE DE VASOACTIVO
- DESAPOLE VENTILATORIO
- SECRECIONES BRONQUIALES SEMIPURULENTAS
- DISFUNCION PULMONAR
- HIPERGLICEMIA EN CORRECCION

EXAMEN FISICO**CRITICAMENTE ENFERMO**

SV TEMP 37,5°C FR 26XM FC 123XM TA 101/56MMHG TAM 71 MM HG GLUCOMETRIA 179 MG DL

MUCOSAS HUMEDAS

CUELLO LLENADO YUGULAR NORMAL. CVC SD CUBIERTO LIMPIO

TORAX SIMETRICO SIN RETRACCIONES

7J.0 *HOSVITAL*

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 220 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

PULMONES CON LEVE HIPOVENTILACION EN ACP, SIN SOBREGREADOS
CORAZON REGISTRO ELECTROCARDIOGRAFICO EN BRADICARDIA SINUSAL. NO SOPLOS
ABD BLANDO, NO SIGNOS PERITONEALES.
GU GENITALES EXTERNOS DE ASPECTO NORMAL. MICCION ESPONTANEA CONSERVADA
EXT SIMETRICAS SIN EDEMAS. PERFUSION DISTAL CON LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS Y PULSOS DISTALES ++/++++
SNC: RASS -4.

ANALISIS .

PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD CURSA CON CHOQUE SEPTICO PULMONAR INFECCION VIRAL MODERADA A GRAVE POR SARS.COVID2 CON DETERIORO DE LA MECANICA VENTILATORIA , SIN NUEVOS EPISODIOS ARRITMICOS CON SIRS ACTIVO POR LO QUE DA LA INDICACION DE INICIAR MANEJO CON PIPERACILINA TAZOBACTAM , CULTIVO DE SECRECION BRONQUIAL CON SECRECIONES SEMIPURULENTAS FEBRIL TAQUICARDICO LEUCOCITOSIS Y PCR EN ASCENSO Y SE DOCUMENTA FLEBITIS EN BRAZO IZQUIERDO POR LO QUE SE SS TOMA DE POLICULTIVOS HEMOCULTIVOS CULTIVO DE SB UROCULTIVO, PAÑOS DE AGUA TIBIA CON SULFATO DE MG CADA 6 H EN BRAZO IZQUIERDO Y CONTROL RADIOLOGICO . PRONOSTICO AUN RESERVAO ATENTOS A LA PROGRAMACION DE TRAQUEOSTOMIA ,SS CONTROL DE PARACLINICOS CONTROL GASIMETRICO Y POS TQT TOMAR RX DE TORAX DE CONTROL. SE DEJA FIRMA DE LOS CONSENTIMIENTOS E LA TQT SU PRONOSTICO AUN RESERVADO.

JUSTIFICACION UCI.

VENTILACION MECANICA INVASIVA + VASOACTIVO

NOTA: SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (BATA, UNIFORME ANTIFLUIDO, CARETA, MONOGAFAS, MASCARILLA Y GUANTES) , SE REALIZA ADEMAS DURANTE SU ATENCION LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS CORRESPONDIENTES, SEGUN LINEAMIENTOS PROTOCOLARIOS INTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES DEL MINISTERIO DE SALUD, POR CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA SARS-COV2.

Evolución realizada por: JANE JANINE ROJAS ECHEVERRY-Fecha: 08/02/22 14:17:58**JANE JANINE ROJAS ECHEVERRY**

Reg. 1117487964/1908

MEDICINA GENERAL**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO 512 FECHA 08/02/2022 15:02:03 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

ADDENDUM: FUE VALORADO POR INFECTOLOGIA DR OSCAR ROA. DADA LA PERSISTENCIA DE SIRS, TAQUICARDIA, LEUCOCITOSIS MARACADA EN ASCENSO CON NEUTROFILIA, REQUERIMIENTO DE VASOPRESOR, SECRESIONES BRONQUIALES SEMIPURULENTAS, SE CONSIDERO POLICULTIVAR, REALZIAR RX DE -TORAX E INICAR PIPERACILINA TAZOBACTAM. INFECTOLOIGA DE ACUERDO CON LOS CAMBIOS. SE INDICA EVOLUCION CLINCA Y VIGILAR RESULTADO DE PARACLINCIOS. SE EXPLICO DE MANERA PRESENCIAL Y DETALLADA A ALICIA SANDOVAL (HERMAN) LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE, LA RUTA TERAPEUTICA INSTAURADA, EL PRONOSTICO SUJETO A EVOLUCION. REFIRIO COMPRENDER.

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 221 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

Evolución realizada por: EDGAR RILDER ZAMBRANO JOJOA-Fecha: 08/02/22 15:02:12

EDGAR RILDER ZAMBRANO JOJOA

Reg. 9731152/20.5961

MEDICINA INTERNA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 514 FECHA 08/02/2022 17:29:12 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

PACIENTE PROGRAMADO PARA MAÑANA 09-02-2022 A LAS 18 HORAS

Nota realizada por: CLAUDIA ISABEL NOGUERA MELO Fecha: 08/02/22 17:29:14

CLAUDIA ISABEL NOGUERA MELO

Reg. 59706556/522781

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 516 FECHA 08/02/2022 18:01:19 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

Se abre folio para revision de formulacion medica

Nota realizada por: NATALIA OSORIO DIAZ Fecha: 08/02/22 18:01:23

NATALIA OSORIO DIAZ

Reg. 1053858040

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 517 FECHA 08/02/2022 18:52:32 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**NOTAS ENFERMERIA**

ENTREGO PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO, EN MONITORIA COMO UCI, CON REQUERIMIENTO DE OXIGENO, POR TOT CONECTADO A VENTILADOR MECANICO, SATURANDO ADECUADAMENTE SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON GLASGOW DE 3/15, FEBRIL, SE INFORMA AL MEDICO Y JEFE DE TURNO EL CUAL ORDENA HEMOCULTIVO, ANEUCARDICO, NORMOCARDICO, HIPOTENSO CON REQUERIMIENTO DE VASOACTIVO A DOSIS BAJAS, HIPERGLUCEMICO, CON REQUERIMIENTO DE RESCATE CON INSULINA APIDRA, A LA VALORACION DE LA PIEL CON EQUIMOSIS POR VENOPUNCIONES ANTERIORES, EDEMA GENERALIZADO, FLITENA EN MSI, RESTO DE LA PIEL INTEGRAL, SE TALLA CON FACILIDAD, CON FUERZA MUSCULAR DISMINUIDA EN SUS CUATRO EXTREMIDADES, SE LE REALIZAN CAMBIOS DE POSICION Y SE LE LUBRICA PIEL CON CREMA HUMECTANTE, SE LE REALIZA HIGIENE ORAL, CON CEPILLO, CREMA DENTA, CLOREHEXIDINA ENJUAGUE, JERINGA DE 20 CC, JERINGA DE 10 CC Y Sonda Nelaton, se observa cavidad bucal limpia, SIN LACERACIONES, CON CVC SUBCLAVIO DERECHO TRILUMEN PASANDO, LEVOPHEDA A 12 CC/HORA SEDOANALGESIA FENTANYL A 20 CC/HORA MIDAZOLAM A 20 CC/HORA Y MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS POR EL PERSONAL DE AMS, CON Sonda nasogastrica PASANDO NUTRICION ENTERAL A 42 CC/HORA, SE LE IRRIGA CON 40 CC DE AGUA ESTERIL CADA 4 HORAS, CON BUENA TOLERANCIA, SE DEJA GASTRICA Y PERMEABLE, CON LINEA RADIAL DERECHA FUNCIONAL, ELIMINADO POR Sonda vesical conectada a CISTOFON CON ELIMINACION ADECUADA EN, HACE UNA DEPOSICION BLANDA, CON DOBLE IDENTIFICACION TABLERO Y MANILLA CON SU RESPECTIVOS STIKER DE RIESGOS, PERMANECE SIN ACOMPAÑANTE, SE LE TOMAN GA, SE REALIZA DESINFECCION DEL CUBICULO.

Nota realizada por: ESTELLA PEREZ MELECIO Fecha: 08/02/22 18:53:34**FORMATOS****LISTA DE VERIFICACION PARA PROCEDIMIENTO PIEL SANA**

Seleccione y actualice el plan de cuidado en su turno

TURNO

. [X]Mañana [X]Tarde [-]Noche

Riesgo de UPP según escala de Braden [-]SIN RIEGO [-]RIEGO BAJO [-]RIEGO MODERADO [X]RIEGO ALTO

Hidrata piel del paciente SI

Evita colonia o alcohol, sobre la piel SI

Uso de aceite de vaselina en prominencias óseas SI

Cambios de posición según protocolo SI

Elimina humedad excesiva SI

Evita baño en cama encharcado SI

Evita masajes en prominencias óseas y zonas de presión SI

Protección especial para zonas de riesgo (Cojines) SI

Evita antiséptico local para limpieza de úlceras SI

Evita curación oclusiva en zona de infección SI

ESTELLA PEREZ MELECIO

Reg. 34553577

AUXILIAR DE ENFERMERIA



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 223 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 519 FECHA 08/02/2022 19:45:58 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

FORMATOS

LISTA DE VERIFICACION PARA PROCEDIMIENTO PIEL SANA

Seleccione y actualice el plan de cuidado en su turno

TURNOS

. [-]Mañana [-]Tarde [X]Noche

Riesgo de UPP según escala de Braden [-]SIN RIEGO [-]RIEGO BAJO [-]RIESGO MODERADO [X]RIESGO ALTO

Hidrata piel del paciente SI

Evita colonia o alcohol, sobre la piel SI

Uso de aceite de vaselina en prominencias óseas NO APLICA

Cambios de posición según protocolo SI

Elimina humedad excesiva SI

Evita baño en cama encharcado SI

Evita masajes en prominencias óseas y zonas de presión SI

Protección especial para zonas de riesgo (Cojines) SI

Evita antiséptico local para limpieza de úlceras NO APLICA

Evita curación oclusiva en zona de infección NO APLICA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 520 FECHA 08/02/2022 20:28:23 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

TERAPIAS

Cantidad Descripción

1 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL

Estado

Realizado

PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE:

. IRA TIPO I

. NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS

. CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022

. TEP DESCARTADO

. ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUIRIENTE

. ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

RECIBO PACIENTE CONECTADO A VENTILADOR MECANICO MODO AC; VT: 360; FR 20 PEEP 5 FIO2 30% SE REALIZAN MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL A TRAVES DE ASPIRACION CON SISTEMA CERRADO DE SUCCION OBTENIENDO SECRESIONES MUCOHIALINAS EN MODERADA CANTIDAD, ASPIRACION POR OROFARINGE OBTENIENDO SECRESIONES

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 224 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

HIALINAS EN MODERADA CANTIDAD, SE VERIFICA PRESION DEL NEUMOTAPONADOR, SE OBSERVA SUJETADOR DE TUBO EN BUEN ESTADO Y EN BUENA POSICION, SE REALIZA CAMBIO DE POSICION DEL TUBO, SE MANEJA CABECERA ELEVADA, NO COMPLICACIONES.

SE ATIENDE CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (TAPABOCAS N95, GORRO, MONOGAFAS, BATA ANTIFLUIDO, CARETA, GUANTES) SEGUN LINEAMENTOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES, BAJO CONTEXTO DE PANDEMIA COVID 19. MAS LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS.

FT. CAROLINA BARRANTES

FECHA Y HORA DE APLICACION:08/02/2022 22:36:32 REALIZADO POR: JENNY CAROLINA BARRANTES PARDO

JENNY CAROLINA BARRANTES PARDO

Reg. 1061731761/19-0

FISIOTERAPIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 521 **FECHA** 08/02/2022 22:05:42 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

Se revisa historia clinica.

Nota realizada por: CARLOS DAVID TOBAR ZUNIGA **Fecha:** 08/02/22 22:05:46**CARLOS DAVID TOBAR ZUNIGA**

Reg. 4613438/4613438

ENFERMERIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 523 **FECHA** 09/02/2022 00:07:15 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****FORMULA MÉDICA**

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 VIAL	INSULINA GLARGINA PEN PRELLENADO 100 UI/ML/3 ML LANTUS SOLOSTAR 100 UI/ML/3 ML	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
30 uisc dia					
1,00	1,00 TABLETA	ESOMEPRAZOL TABLETA X 40 MG 40 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 225 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

CAD DIA

2,00	1,00 TABLETA	BISACODILO TABLETA 5 MG 5 MG	ORAL	12 Horas	CONTINUAR
------	--------------	------------------------------	------	----------	-----------

18,00	6,00 VIAL	INSULINA GLULISINA PEN PRELLENADO EQ. A 300 UI SOL INYEC 100 UI/ML/3 ML (APIDR A SOLOSTAR) 100 UI	SUBCUTANEA	8 Horas	CONTINUAR
-------	-----------	---	------------	---------	-----------

solso si glcumentrias superiro a 180

1,00	1,00 AMPOLLAS	HEPARINA DE BAJO PESO (ENOXAPARINA) SOL INY 60 MG/0.6 ML 60 MG/0.6 ML	SUBCUTANEA	24 Horas	CONTINUAR
------	---------------	---	------------	----------	-----------

24,00	1,00 AMPOLLAS	NOREPINEFRINA 4 MG/4ML SOLUCION INYECTABLE 4MG/ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
-------	---------------	---	-------------	--------	-----------

4,00	1,00 AMPOLLAS	PIPERACILINA/TAZOBACTAM POLVO PARA RECONSTITU 4.5G 4.5 G	INTRAVENOSO	6 Horas	CONTINUAR
------	---------------	--	-------------	---------	-----------

48,00	2,00 AMPOLLAS	FENTANILO CITRATO EQ. A FENTANILO SOLUCION INYECTABLE 0.5 MG/10 ML 0.5MG/10ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
-------	---------------	---	-------------	--------	-----------

rass -3

288,00	12,00 AMPOLLAS	MIDAZOLAM SOLUCION INYECTABLE 5 MG/5 ML 5 MG	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
--------	----------------	--	-------------	--------	-----------

RASS -3

8,00	2,00 TABLETA	ACETAMINOFEN TABLETA Ó CÁPSULA X 500 MG 500 MG	ORAL	6 Horas	CONTINUAR
------	--------------	--	------	---------	-----------

si fiebre

6,00	2,00 TABLETA	QUETIAPINA FUMARATO TABLETA RECUBIERTA 25 MG 25 MG	ORAL	8 Horas	CONTINUAR
------	--------------	--	------	---------	-----------

2,00	1,00 TABLETA	ALPRAZOLAM TAB X 0.5 MG 0.5 MG	ORAL	12 Horas	CONTINUAR
------	--------------	--------------------------------	------	----------	-----------

0.,5 MG VO CAADA 12 HS

720,00	1,00 LPC	GLUCERNA ALIMENTO ESPECIAL PARA PACIENTES CON INTOLERANCIA A LA GLUCOSA 1.5 KCAL SUSPENSION 1000ML 1000 ML	OROGASTRICA	1 Hora	CONTINUAR
--------	----------	--	-------------	--------	-----------

ADMINISTRAR 1224 CC EN 24 HORAS, POR Sonda OROGASTRICA. ALCANZAR PROGRESIVAMENTE EL VOLUMEN TOTAL SEGUN INDICACION DE NUTRICION

3,00	1,00 CAJA	CLORHEXIDINA DIACETATO O DIGLUCONATO ENJ UAGUE BUCA NO APLICA	BUCAL	8 Horas	CONTINUAR
------	-----------	---	-------	---------	-----------

10 ML CADA 8 H INTUBADA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 226 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**ROGGER FLEIDER ROSERO RIASCOS**

Reg. 1088735613

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****524****FECHA 09/02/2022 00:08:31****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

SE SOLICITAN INSUMOS Y MEDICAMENTOS PARA 24 HRS

Nota realizada por: MARIA EUGENIA MENESES MENESES Fecha: 09/02/22 00:08:33**MARIA EUGENIA MENESES MENESES**

Reg. 1058967339/1058

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****527****FECHA 09/02/2022 05:52:35****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

PACIENTE DE SEXO MASCULINO CON 68 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS MÉDICOS

IRA TIPO I SEVERA

NEUMONÍA VIRAL POR SARS COVID 2}

ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS

CON ESCALA NEUROLÓGICO GLASGOW 3/15 BAJO EFECTOS DE SEDACION CON OXIGENO POR TUBO OROTRAQUEAL CON FECHA DEL 28/1/22, CONECTADO A VENTILADOR MECÁNICO CON FIO2 AL 30% EN MODO A/C SATURANDO ADECUADAMENTE SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA CON MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES DE MANEJO POR FISIOTERAPEUTA DE TURNO, SONDA NASOGASTRICA CON FECHA DEL 28/1/22, CON IRRIGACIÓN CADA CUATRO HORAS CON 40 CC DE AGUA CORROBORADA EN CAVIDAD GÁSTRICA, CON SOPORTE NUTRICIONAL PASANDO GLUCERNA A 42 CC HORA CON RESIDUOS GÁSTRICOS, ELEVADOS, CATÉTER CENTRAL DERECHO CUBIERTO CON APÓSITO DE POLIURETANO CON FECHA DEL 28/1/22, CURADO DEL 7/2/22, SIN SIGNOS DE INFECCIÓN, PASANDO POR LA PRIMERA VIA GOTEIO DE LEVOPHED 4MG EN 125 DE SSN TITULABLE PARA MANTENER PRESIONES ARTERIALES MEDIAS MAYORES A 65, POR EL SEGUNDO PUERTO GOTEIO DE MIDAZOLAN 12AMPOLLAS PURO A 20 CC HORA, CONECTADO EN YE GOTEIO DE FENTANYL 2 AMPOLLAS EN 80 CC DE SSN A 20 CC HORA POR EL TERCER PUERTO PARA PASO DE MEDICAMENTOS ORDENADOS, LINEA ARTERIAL RADIAL DERECHA FUNCIONAL CON BUENA PERFUSION DISTAL Y 7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 227 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

LLENADO CAPILAR CON FECHA DEL 5/2/22, SIN SIGNOS DE INFECCIÓN, EQUIMOSIS EN EXTREMIDADES SUPERIORES DE ANTERIORES PUNCIÓNES, MAS EDEMA , DIURESIS POR Sonda VESICAL CON FECHA DEL 25/12/22, , CON CARACTERÍSTICAS COLURICAS , NO HACE DEPOSICIÓN, FUERZA MUSCULAR NULA DE SUS CUATRO EXTREMIDADES, SE LE REALIZAN CAMBIOS DE POSICIÓN, MAS HIDRATACIÓN DE PIEL ANGULO DE 45 GRADOS, BARANDAS ELEVADAS, FRENOS DE CAMA PUESTOS, CON SU RESPECTIVA MANILLA Y TABLERO DE IDENTIFICACIÓN MAS STICKERS, CON TROL DE SIGNOS VITALES LÍQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS, VALORACIÓN NEUROLÓGICA CADA HORA, CON MONITORIA COMO UCI, PASA EL TURNO ARRITMICO CON CARDÍACAS HASTA DE 40 SE INFORMA JEFE DETURNO , AFEBRIL, HIPOTENSO SOPORTADO , SOPORTADO CON VASO ACTIVO GLUCOMETRIAS CON RESULTADO DE 300-252-221, SE INFORMA A JEFE DE TURNO SE ADMINISTRA APIDRA ESCALA DE RASS-4, ESCALA DEL DOLOR DE 0, PUPILA ISOCORICAS CON DIÁMETRO DE 3 LENTAS , SE TOMAN MUESTRAS PARA GASES ARTERIALES, CH, CR, BUN, PCR, TP-TPT SE REALIZA HIGIENE ORAL CON GASAS, NELATON 12 , SISTEMA DE SUCCIÓN, CLOREXHDINA ENJUAGUE , CEPILLO Y CREMA DENTAL, LEVES LESIONES EN CAVIDAD ORAL LENGUA SABURRAL NATOSA , SE TALLA CON FACILIDAD, DESFACELACION DE PIEL, EN MANO IZQUIERDA
SE REALIZA BAÑO EN CAMA MAS HIDRATACIÓN DE PIEL, LIMPIEZA GENITAL Y DE Sonda VESICAL CON GASAS MAS CLOREXHDINA LA2% CON TÉCNICA ESTÉRIL Y APLICACIÓN DEL PROTOCOLO.

ALTO RIESGO DE INFECCIÓN RELACIONADO ELEMENTOS INVASIVOS, (TUBO OROTRAQUEAL, Sonda NASOGASTRICA, LINEA ARTERIAL , Sonda VESICAL, CATÉTER CENTRAL,) PROCESO HOSPITALARIO Y CUIDADOS DE LA SALUD

Nota realizada por: MARICELA ALVARADO BURBANO Fecha: 09/02/22 05:52:37**MARICELA ALVARADO BURBANO**

Reg. 34674671/346746

AUXILIAR DE ENFERMERIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 528 **FECHA** 09/02/2022 06:18:49 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

Se observa en visoscopio extrasistoles ventriculares frecuentes 1:1, 3:1. se toma ekg.

Nota realizada por: CARLOS DAVID TOBAR ZUNIGA Fecha: 09/02/22 06:18:51**CARLOS DAVID TOBAR ZUNIGA**

Reg. 4613438/4613438

ENFERMERIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 530 **FECHA** 09/02/2022 06:19:51 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 228 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**NOTAS ENFERMERIA**

Se cambia transductor de presion por protocolo 7 dias.

Nota realizada por: CARLOS DAVID TOBAR ZUNIGA **Fecha:** 09/02/22 06:19:53**CARLOS DAVID TOBAR ZUNIGA**

Reg. 4613438/4613438

ENFERMERIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****535****FECHA 09/02/2022 09:20:01****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****TERAPIAS****Cantidad****Descripción****Estado****1****TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL****Realizado**

NOTA RETROSPECTIVA: 09/02/22 10+00H, PACIENTE CON SOPORTE DE VENTILACION MECANICA INVASIVA, MODO AC, VT 380ml, FR 24RPM, FIO2 30%, PEEP 5cmH2O, SATO2 91%, DINAMICA PULMONAR: PRESION PLATEAU 20cmH2O, DISTENSIBILIDAD ESTATICA 22cmH2O, DISTENSILIDAD DINAMICA 16cmH2O, DRIVING PRESSURE 15cmH2O.DOMINIO CARDIOPULMONAR, PATRON C. SE OBSERVA CAVIDAD ORAL LIMPIA, SE VERIFICAN ALARMAS DEL VM, SE OBSERVA SUJETADOR DE TOT EN BUENAS CONDICIONES Y ADECUADA POSICION CON PUNTO FIJO EN 24cm, SE VERIFICA PRESION DEL NEUMOTAPONADOR EN 24cmH2O, SIGUIENDO ORDEN MEDICA CON LA CABECERA ELEVADA A 45 GRADOS, SE REALIZA UNA TERAPIA RESPIRATORIA, MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL, LAVADO DE TOT CON SSN Y ATRAVES DE SISTEMA DE SUCCION CERRADO SE ASPIRA MODERADA CANTIDAD DE SECRECION MUCUPURULENTO POR TOT Y MUCOIDE POR BOCA, VIA AEREA ARTIFICIAL QUEDA PERMEABLE, SIN COMPLICACIONES DURANTE EL PROCEDIMIENTO.PACIENTE EN EL MOMENTO SIN FAMILIAR A QUIEN EDUCAR SOBRE EL PROCEDIMIENTO Y LOS OBJETIVOS, INTERVENCION REALIZADA POR ADRIANA VERGARA, FISIOTERAPEUTA.

SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (TAPABOCAS N95, MONOGAFAS, CARETA, GUANTES, BATA ANTIFLUIDO, UNIFORME ANTIFLUIDO, ZAPATO CERRADO ANTIFLUIDO), MAS LAVADO DE MANOS EN LOS CINCO MOMENTOS Y DESINFECCION DEL PUESTO DE TRABAJO, SEGUN LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES BAJO PANDEMIA POR SARS COV-2.

FECHA Y HORA DE APLICACION:09/02/2022 13:12:29 REALIZADO POR: ADRIANA MARIA VERGARA TULANDE



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 229 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

ADRIANA MARIA VERGARA TULANDE

Reg. 34329032/198744

FISIOTERAPIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

537

FECHA 09/02/2022 10:00:27

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

ORDENES RONDA MÉDICA INTERNISTA ZAMBRANO

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 VIAL	INSULINA GLARGINA PEN PRELLENADO 100 UI/ ML/3 ML LANTUS SOLOSTAR 100 UI/ML/3 ML	INTRAVENOSO	24 Horas	NUEVO

34 uisc día

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción
1	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L Realizado
	RECUENTO DE LEUCOCITOS :24.92 x10 ³ / 5 - 10
	NEUTROFILOS % :94.90 % 40.3 - 74.8
	LINFOCITOS % :2.30 % 12.2 - 47.1
	MONOCITOS % :2.00 % 4.4 - 12.3
	EOSINOFILOS % :0.20 % 0.01 - 4.4
	BASOFILOS % :0.10 % 0.01 - 0.7
	NEUTROFILOS Abs :23.66 x10 ³ / 1.82 - 7.42
	LINFOCITOS Abs :0.58 x10 ³ / 1.5 - 4
	MONOCITOS Abs :0.49 x10 ³ / 0.03 - 0.77
	EOSINOFILOS Abs :0.04 x10 ³ / 0.03 - 0.44
	BASOFILOS Abs :0.02 x10 ³ / 0.01 - 0.05
	RECUENTO DE ERITROCITOS :3.54 x10 ⁶ / 4.6 - 6.2
	HEMATOCRITO :27.3 % 40 - 54
	HEMOGLOBINA :10.00 g/dl 13.5 - 18
	MCV :77.1 fl 86 - 96
	MCH :28.2 pg 25 - 31
	MCHC :36.6 g/dl 32 - 38
	RDW :13.70 % 11 - 15
	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO :391 x10 ³ / 150 - 450

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 230 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

MPV :11.5

fl 6.4 - 13

RECuento DIFERENCIAL MANUAL :- -

FECHA Y HORA DE APLICACION:10/02/2022 01:16:14TECNICA EMPLEADA : METODO: LASER SEMICONDUCTOR REALIZADO

POR : JORGE ARMANDO GARAY BARBOZA

2 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)**Pendiente**1 NITROGENO UREICO (BUN)**Realizado**

NITROGENO UREICO :13.7 mg/dl 8 - 23

FECHA Y HORA DE APLICACION:10/02/2022 02:02:18TECNICA EMPLEADA : METODO: UV CINETICO REALIZADO POR :

ELKIN MARIO BARRIOS

1 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS**Realizado**

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS :0.63 mg/dl 0.67 - 1.17

FECHA Y HORA DE APLICACION:10/02/2022 02:02:18TECNICA EMPLEADA : METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.

REALIZADO POR : ELKIN MARIO BARRIOS

1 PROTEINA C REACTIVA PRUEBA SEMICUANTITATIVA**Realizado**

PROTEINA C REACTIVA SEMIAUTOMATIZADO :202.62 mg/L 0.6 - 5

FECHA Y HORA DE APLICACION:10/02/2022 02:02:18TECNICA EMPLEADA : METODO: INMUNOTURBIDIMETRIA REALIZADO

POR : ELKIN MARIO BARRIOS

LUIS ALFONSO RAMIREZ BLANCO

Reg. 52-2230

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****540****FECHA 09/02/2022 12:39:40****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

Se canaliza nueva linea arterial por disfuncion, queda nueva linea radial izquierda, funcional.

Nota realizada por: ANGELICA LILIANA CALDERON TORRES Fecha: 09/02/22 12:39:43

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 231 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**ANGELICA LILIANA CALDERON TORRES**

Reg. 1136879553

ENFERMERIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 545 **FECHA** 09/02/2022 15:45:34 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

Se abre folio para revision de hisrtoria clinica

Nota realizada por: NATALIA OSORIO DIAZ **Fecha:** 09/02/22 15:45:36**NATALIA OSORIO DIAZ**

Reg. 1053858040

ENFERMERIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 547 **FECHA** 09/02/2022 17:28:30 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

EVOLUCIÓN UNIDAD DE CUIDADOS INTESIVOS MÉDICO INTERNIS RILDER ZAMBRANO.

PACIENTE HENRY POLINDARA DE 68 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE TRABAJO:

- . INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA TIPO I
 - . CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR
 - . NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS
 - . CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022
 - . FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXISTICA
 - . TROMBO-EMBOLISMO PULMONAR DESCARTADO
 - . ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUIRIENTE
- 7J.0 *HOSVITAL***

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

. ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

CRITERIO DE INFECCION POR SARS-COV2: . CLINICO: CUADRO CLINICO DE 5 DIAS CON SINTOMAS RESPIRAORITOS
. MICROBIOLOGIA CON Ag SARS-COV2 22-01- 2022 POSITIVO. PARACLINICOS: TROPONINA 0.010-0.006 - DIMERO D 70400 - PANEL VIRAL NEGATIVO.

PROCEDIMIENTOS:

. INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL DESDE 28/01/2022

MICROBIOLOGIA:

. 30/01/22 CULTIVO SECRECION BRONQUIAL: NEG 24 HORAS
. 26/01/22 CULTIVO DE SECRECION BRONQUIAL NEGATIVO 48 HORAS
. 26/01/22 HEMOCULTIVOS 1-2-3 NEGATIVOS A LAS 72 HORAS
. 26/01/22 UROCULTIVO NEGATIVO
. 26/01/22 BACILOSCOPIA EN SECRECION BRONQUIAL NEGATIVA

ANTIBIOTICOTERAPIA:

. PIPERACILINA TAZOBACTAM DESDE 08/02/2022
. AMPICILINA SULBACTAM F.I. 26/01/2022 FF: 01/02/2022
. AZITROMICINA F.I. 26/01/2022 FF: 01/02/2022

OTROS MEDICAMENTOS:

. DEXAMETASONA FI 26/01/22 HASTA EL 05/02/2022

EVENTOS

. TIENE PERSISTENCIA DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA AUMENTO PROGRESIVO DE LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA.
. CONTINUA CON SOPORTE VENTILATORIO, VENTILACIÓN PROLONGADA POR LO CUAL SE HA SOLICITADO TRAQUEOSTOMÍA PROGRAMADO PARA EL DÍA DE HOY.
. CONTINUA CON INESTABILIDAD HEMODINÁMICA.
. MODERADO TRASTORNO DE OXIGENACIÓN CON LEVE MEJORÍA.

EXAMEN FÍSICO

TENSIÓN ARTERIAL 147/56MMHG TAM 72MMHG. FRECUENCIA CARDIACA 77LPM FRECUENCIA RESPIRATORIA 25RPM TEMPERATURA 36.2°C
GLUCOMETRIA ENTRE 217-300MG%
NEUROLÓGICO RASS -5 PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ SIN FOCALIZACIONES NEUROMOTORAS. REFLEJO OSTEOTENDINOSOS ++/++++ DE LAS 4 EXTREMIDADES NO CONVULSIVO SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN MENÍNGEA
CABEZA Y CUELLO: MUCOSAS ORALES HÚMEDAS. TUBO ENDOTRAQUEAL SIN SECRECIONES EVIDENTES.
CARDIO-HEMODINÁMICO: SOPORTE VASOPRESOR CON NOREPINEFRINA. RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLO SINCRÓNICOS CON PULSOS PERIFÉRICOS. EN EL VISCOPIO EXTRA-SISTOLES VENTRICULARES. ELECTROCARDIOGRAMA CONTRACCIONES VENTRICULARES PREMATURAS MONOMORFICAS, PR PROLONGADO.
VENTILATORIO CON SOPORTE VENTILATORIO MODO AC VT 360 FRECUENCIA RESPIRATORIA 24 FLUJO 40LTS/MIN IE: 1:2 FIO2 30% PEEP 5 SATURACIÓN DEL 94% PRESIÓN MEDIA 11. AUSCULTACIÓN PULMONAR RUIDOS RESPIRATORIOS HIPOFONÉTICOS SIN AGREGADOS
7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN **Teléfono:** 3154530825 **Parentesco:** Hijo
Acompañante: MARIA IDALGO **Teléfono:** 3154530825

PATOLÓGICOS. TRASTORNO MODERADO DE OXIGENACIÓN CON PAFI DE 259MMHG EN MEJORÍA.
 GASTRO-INTESTINAL ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. DEPOSICIONES EN 24HORAS UNA.
 GENITO-URINARIO DIURESIS POR Sonda VESICAL, VOLUMEN URINARIO DE 1740CC/24HORAS. GASTO URINARIO 1.2CC/60KG/24HORAS.
 CREATININA 0.53MG/DL BUN 13MG/DL POTASIO 4.3MMOL/L SODIO 138MMOL/L
 EXTREMIDADES ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS SIN LESIONES.
 PIEL SIN LESIONES.

ANÁLISIS:

PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD CURSA CON CHOQUE SEPTICO PULMONAR, INFECCIÓN VIRAL MODERADA A GRAVE POR SARS-COV2 CON DETERIORO DE LA MECÁNICA VENTILATORIA, CUMPLIO CICLOS DE PRONACIÓN Y CON POBRE CAMBIOS EN EL TRASTORNO DE OXIGENACIÓN A LA MEJORÍA POR LO CUAL SE ESTABLECIO VENTILACIÓN PROLONGADA AHORA EN PLAN DE REALIZACIÓN DE TRAQUEOSTOMÍA. EPISODIOS DE TAQUIARRITMIAS DE TIPO FIBRILACIÓN AURICULAR, SIN NUEVOS EPISODIOS.
 MANTIENE PERSISTENCIA DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA LEUCOCITOSIS EN ASCENSO, PCR PERSISTENTE POSITIVA Y NECESIDAD DE SOPORTE VASOPRESOR, SE HIZO CAMBIO DE ESQUEMA ANTIBIÓTICO A LA ESPERA DE CULTIVOS YA TOMADOS

JUSTIFICACION UCI: VENTILACION MECANICA INVASIVA Y SOPORTE VASOPRESOR

PLAN

MONITORIA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
 PENDIENTE REALIZACIÓN DE TRAQUEOSTOMÍA
 PARA CLÍNICOS DE CONTROL
 VIGILANCIA CLÍNICA-CUIDADOS DE ENFERMERÍA
 PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE PREVENCIÓN DE CAÍDA
 ENJUAGUE BUCAL CON CLORHEXIDINA CADA 8HORAS
 CABECERA DE CAMA DE 30-45°
 CAMBIOS DE POSICIÓN CADA 2HORAS
 MEDIDAS ANTI-TROMBÓTICAS Y ANTI-ESCARAS
 CUIDADOS DE LA PIEL

NOTA: SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (BATA, UNIFORME ANTIFLUIDO, CARETA, MONOGAFAS, MASCARILLA Y GUANTES) , SE REALIZA ADEMAS DURANTE SU ATENCION LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS CORRESPONDIENTES, SEGUN LINEAMIENTOS PROTOCOLARIOS INTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES DEL MINISTERIO DE SALUD, POR CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA SARS-COV2.

LUIS RAMÍREZ RM 52-2230

Evolución realizada por: LUIS ALFONSO RAMIREZ BLANCO-Fecha: 09/02/22 17:28:35



LUIS ALFONSO RAMIREZ BLANCO

Reg. 52-2230

MEDICINA GENERAL

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 234 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 549 **FECHA** 09/02/2022 18:23:39 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

SE ABRE FOLIO PARA REGISTRAR GASES ARTERIELES: FIO2 30%, PH 7.48. PCO2 38.1. HCO3 28.6, BASE 4.8, PO2 50.8, HG 9.9, POTASIO 4.4, SODIO 139, CALCIO 1.09, CLORO 105, ANIONA GAP 5, LACTATO 1. GLUCOSA 204 EQUILIBRIO ACIDO BASE, CURSA CON TRANSTORNO DE OXIGENACION DE MODARADCO A SEVERO , NO ALTERACION ELECTROLITICA

Evolución realizada por: LUIS ALFONSO RAMIREZ BLANCO-Fecha: 09/02/22 18:24:09**LUIS ALFONSO RAMIREZ BLANCO**

Reg. 52-2230

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 552 **FECHA** 09/02/2022 18:56:39 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES, ANATOMIA USUAL, SE IDENTIFICA CARTILAGO TIROIDEO, MEMBRANA CRICOTIROIDEA Y ANILLO CRICOIDEO, SE PASA EL PRIMER ANILLO TRAQUEAL Y A 45 GRADOS SE INTRODUCE LA AGUJA, SE HACE SUCCION HACIENDO LA PRUEBA DE BURBUJEO, UNA VEZ POSITIVA, SE PASA LA GUIA, LOS DILATADORES CORRESPONDIENTES, SE PASA LA CANULA DE TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA NUMERO 8; SE INFLA, PROCEDIMEINTO SIN COMPLICACIONES, SIN ESCAPES, SIN ENFISEMA SUBCUTANEO. QUEDA PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SE ENTREGA A LOS MEDICOS DE UCI.

Evolución realizada por: GABRIEL JAIME MARIN VELASQUEZ-Fecha: 09/02/22 18:56:51**GABRIEL JAIME MARIN VELASQUEZ**

Reg. 602494

ANESTESIOLOGIA CARDIOVASCULAR

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 553 **FECHA** 09/02/2022 18:56:47 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Cantidad	Descripción	
1	PORTATILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN PRACTICADO EN QUIROFANOS SALA	Pendiente
	TOMAR RX DE TORAX CON PORTATIL	
1	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	Pendiente
	TOMAR RX DE TORAX AP Y LATERAL POST TRAQUEOSTOMIA	


LUIS ALFONSO RAMIREZ BLANCO

Reg. 52-2230

MEDICINA GENERAL
SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 554 **FECHA** 09/02/2022 19:11:49 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**
NOTAS ENFERMERIA

18+40 PACIENTE EN CAMA DE UCI PARA SER INTERVENIDO DE TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA ,
 PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES SE DA INICIO A ANESTESIA GENERAL POR ORDEN DEL DR
 MARIN SE AMDINISTRA 50MG DE BROMURO DE ROCURANIO PÓR CATETR CENTRAL. CONTINUA
 MONITORIZADO, INTUBADO CONECTADO A VENTILADOR MECANICO.

DR MARIN REALIZA ASEPSIA DEL SITIO OPERATORIO CON CLOREXIDINA
 ALCOHOLICA, NO SE OBSERVAN REACCIONES ADVERSAS EN PIEL

18+50 DR MARIN INICIA CIRUGIA CON AYUDA DE INSTRUMENTADARA MICHELLI QUIEN INFORMA INICIAR CON INSTRUMENTAL ASI:
 AGUJAS = 2
 BISTURY =1
 GASAS = 5
 COMPRESAS = 5

19+00 TERMINANDO ACTO QUIRURGICO POR EL DR MARIN INSTRUMENTADORA REALIZA CONTEO DE
 INSTRUMENTAL E INFORMA EN VOZ ALTA ESTAR COMPLETO:
 AGUJAS = 2
 BISTURY =1
 GASAS = 5
 COMPRESAS = 5, QUEDA TRAQUEOSTOMIA FUNCIONANDO CONECTADA A VENTILADOR, INFORMAN QUE
 EL SANGARDAO FUE MINIMO.

QUEDA PACIENTE EN CAMA DE UCI EN IGUALES CONDICIONES.
 7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 236 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etareo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

Nota realizada por: ANA MARIA MEJIA CAÑAS Fecha: 09/02/22 19:11:51

ANA MARIA MEJIA CAÑAS

Reg. 19-03556

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 560 FECHA 10/02/2022 01:14:55 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

SE ABRE FOLIO PARA FORMULACION DE 24 HORAS

Evolución realizada por: JENNY JOHANA DIAZ JATIVA-Fecha: 10/02/22 01:18:27

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 VIAL	INSULINA GLARGINA PEN PRELLENADO 100 UI/ ML/3 ML LANTUS SOLOSTAR 100 UI/ML/3 ML	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
34 uisc día					
1,00	1,00 TABLETA	ESOMEPRAZOL TABLETA X 40 MG 40 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
CAD DIA					
2,00	1,00 TABLETA	BISACODILO TABLETA 5 MG 5 MG	ORAL	12 Horas	CONTINUAR
18,00	6,00 VIAL	INSULINA GLULISINA PEN PRELLENADO EQ. A 300 UI SOL INYEC 100 UI/ML/3 ML (APIDR A SOLOSTAR) 100 UI	SUBCUTANEA	8 Horas	CONTINUAR
solso si glcmetrias superiro a 180					
1,00	1,00 AMPOLLAS	HEPARINA DE BAJO PESO (ENOXAPARINA) SOL INY 60 MG/0.6 ML 60 MG/0.6 ML	SUBCUTANEA	24 Horas	CONTINUAR
24,00	1,00 AMPOLLAS	NOREPINEFRINA 4 MG/4ML SOLUCION INYECTAB LE 4MG/ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
4,00	1,00 AMPOLLAS	PIPERACILINA/TAZOBACTAM POLVO PARA RECON	INTRAVENOSO	6 Horas	CONTINUAR
7J.0 *HOSVITAL*					

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 237 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

STITU 4.5G 4.5 G

48,00	2,00 AMPOLLAS	FENTANILO CITRATO EQ. A FENTANILO SOLUCI ON INYECTABLE 0.5 MG/10 ML 0.5MG/10ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
rass -3					
288,00	12,00 AMPOLLAS	MIDAZOLAM SOLUCION INYECTABLE 5 MG/5 ML 5 MG	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
RASS -3					
8,00	2,00 TABLETA	ACETAMINOFEN TABLETA Ó CÁPSULA X 500 MG 500 MG	ORAL	6 Horas	CONTINUAR
si fiebre					
6,00	2,00 TABLETA	QUETIAPINA FUMARATO TABLETA RECUBIERTA 25 MG 25 MG	ORAL	8 Horas	CONTINUAR
2,00	1,00 TABLETA	ALPRAZOLAM TAB X 0.5 MG 0.5 MG	ORAL	12 Horas	CONTINUAR
0.,5 MG VO CAADA 12 HS					
720,00	1,00 LPC	GLUCERNA ALIMENTO ESPECIAL PARA PACIENTE S CON INTOLERANCIA A LA GLUCOSA 1.5 KCAL SUSPENSION 1000ML 1000 ML	OROGASTRICA	1 Hora	CONTINUAR
ADMINISTRAR 1224 CC EN 24 HORAS, POR Sonda OROGASTRICA. ALCANZAR PROGRESIVAMENTE EL VOLUMEN TOTAL SEGUN INDICACION DE NUTRICION					
3,00	1,00 CAJA	CLORHEXIDINA DIACETATO O DIGLUCONATO ENJ UAGUE BUCA NO APLICA	BUCAL	8 Horas	CONTINUAR
10 ML CADA 8 H INTUBADA					

JENNY JOHANA DIAZ JATIVA

Reg. 1085328083

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 561 FECHA 10/02/2022 01:38:17 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

TERAPIAS

Cantidad	Descripción
1	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL

Estado
Realizado

PACIENTE HENRY POLINDARA DE 68 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE TRABAJO:

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 238 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA TIPO I

. CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR

. NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS

. CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022

. FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXISTICA

. TROMBO-EMBOLISMO PULMONAR DESCARTADO

. ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUIRIENTE

A LA EVALUACION PACIENTE CON TQT REALIZADA EL DIA DE HOY, CONECTADA A VMI MODO AC VT 380 FR 24 PEEP 5 FIO2 100% CON SPO2 DE 95%, EMPIEZO A DISMINUIR FIO2 GRADUALMENTE, ACTUALMENTE CON FIO2 AL 60% CON SPO2 DE 90%. SE REALIZA SESION DE TERAPIA RESPIRATORIA MEDIANTE ASPIRACION DE ABUNDANTE CANTIDAD DE SECRECIONES MUCOHEMATICAS POR TQT Y ABUNDANTES SECRECIONES MUCOSAS POR NASOFARINGE Y OROFARINGE. SE REALIZA CAMBIO DE LA FIJACION DE LA TQT Y SE DEJA TRAQUEOSTOMIA PROTEGIDA CON GASAS. TOLERA TRATAMIENTO SIN COMPLICACIONES, DE MOMENTO CON MONITORIA VENTILATORIA EN RANGOS DE PROTECCION PULMONAR.

SE ATIENDE UTILIZANDO TODOS LOS EPP SUMINISTRADOS POR LA INSTITUCION DEACUERDO A RECOMENDACIONES POR PANDEMIA COVID 19 Y SIGUIENDO PROTOCOLO DE LOS 5 MOMENTOS DE L LAVADO DE MANOS

FT. IVAN DARIO CHAVARRO URRUTIA

FECHA Y HORA DE APLICACION:10/02/2022 01:38:51 REALIZADO POR: IVAN DARIO CHAVARRO URRUTIA

IVAN DARIO CHAVARRO URRUTIA

Reg. 1061705771/1903

FISIOTERAPIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****564****FECHA 10/02/2022 06:25:18****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MANEJADO COMO UCI PACIENTE CON TRAQUEOSTOMIA SATURANDO SOBRE LOS RANGOS NORMALES AL CUAL SE LE REALIZA BAÑO EN CAMA SE LE REALIZA SU HIGIENE ORAL SE REALIZA 7J.O *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 239 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

DESINFECCION DE Sonda Vesical con tecnica esteril con un Glasgow de 3/15 en la escala Neurologica con pupilas tres lentas a la luz con sonda nasogastrica por donde esta pasando nutricion dejando poco residuo gastrico eliminando por sonda vesical normotenso norcardico afebril hiperglicemico se le realizan cambios de posicion cada dos horas mas hidratacion de la piel queda con su tablero de identificacion mas amnilla y sus respectivos stickers con barandas elevadas y frenos puestos

Nota realizada por: PABLO CESAR ASTAIZA VALENCIA Fecha: 10/02/22 06:25:27**PABLO CESAR ASTAIZA VALENCIA**

Reg. 1061691946/5268

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 565 **FECHA** 10/02/2022 06:36:05 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

REPORTE DE PARACLINICOS DE CONTROL:

. GASES ARTERIALES DE CONTROL CON ACIDOSIS METABOLICA COMPENSANDO. INDICES DE OXIGENACION CON DISFUNCION PULMONAR SEVERA, PAFI 96 EN DESCENSO, LACTATO LIMITROFE, ANION GAP NORMAL, ELECTROLITOS CON POTASIO, SODIO, CLARO, CALCIO IONIZADO NORMAL.

. HEMOGRAMA CON LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA EN ASCENSO, HB Y HTO BAJOS SOSTENIDOS, PLAQUETAS NORMALES.

. PCR ELEVADA EN DESCENSO.

. AZOADOS NORMALES

CONDUCTA

. CONTINUAR CON MANEJO EN USO

Evolución realizada por: JENNY JOHANA DIAZ JATIVA-Fecha: 10/02/22 06:37:42**JENNY JOHANA DIAZ JATIVA**

Reg. 1085328083

MEDICINA GENERAL

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 568 **FECHA** 10/02/2022 08:42:48 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO****COMENTARIO**

PACIENTE POP TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA NO COMPLICADA, AUN HIPOXEMICO PAFI DE 96 Y CON REQUERIMIENTO DE VASOACTIVO CON CUBERTURA ANTIBIOTICA DE PIPERACILINA TAZOBACTAM HOY DIA 2.

PLAN

DESTETE DE SEDOANALGESIA PARA PROCURAR LIBERACION DE VMI

RX DE TORAX CONTROL

NOTA REALIZADA POR EDWIN G.

Evolución realizada por: ADOLFO LEON TROCHEZ ZULETA-**Fecha:** 10/02/22 09:00:42

ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Cantidad	Descripción	
1	PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA E INTENSIFICADOR DE IMAGEN	En proceso
1	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	En proceso

AHORA

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción
1	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L Realizado

MAÑANA

RECUENTO DE LEUCOCITOS :14.57 x10³/ 5 - 10

NEUTROFILOS % :87.60 % 40.3 - 74.8

LINFOCITOS % :7.50 % 12.2 - 47.1

MONOCITOS % :2.80 % 4.4 - 12.3

EOSINOFILOS % :1.40 % 0.01 - 4.4

BASOFILOS % :0.10 % 0.01 - 0.7

NEUTROFILOS Abs :12.74 x10³/ 1.82 - 7.42

LINFOCITOS Abs :1.10 x10³/ 1.5 - 4

MONOCITOS Abs :0.41 x10³/ 0.03 - 0.77

EOSINOFILOS Abs :0.21 x10³/ 0.03 - 0.44

BASOFILOS Abs :0.02 x10³/ 0.01 - 0.05

RECUENTO DE ERITROCITOS :3.09 x10⁶/ 4.6 - 6.2

HEMATOCRITO :23.9 % 40 - 54

HEMOGLOBINA :8.80 g/dl 13.5 - 18

MCV :77.3 fl 86 - 96

MCH :28.5 pg 25 - 31

MCHC :36.8 g/dl 32 - 38

RDW :13.80 % 11 - 15

RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO :331 x10³/ 150 - 450

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953**Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

MPV :11.1

fl 6.4 - 13

RECuento DIFERENCIAL MANUAL :--- Dato de HG confirmado con reproceso de la misma muestra

Los resultados deben ser interpretados según condición clínica del paciente, se sugiere realizar nueva medición según indicación médica.

FECHA Y HORA DE APLICACION:11/02/2022 01:44:44TECNICA EMPLEADA : METODO: LASER SEMICONDUCTOR REALIZADO POR : DINA LUZ OROZCO OROZCO

2 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)**Pendiente**1 NITROGENO UREICO (BUN)**Realizado**

MAÑANA

NITROGENO UREICO :16.6 mg/dl 8 - 23

FECHA Y HORA DE APLICACION:11/02/2022 01:42:27TECNICA EMPLEADA : METODO: UV CINETICO REALIZADO POR : MARIA VICTORIA SANABRIA JIMENEZ

1 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS**Realizado**

MAÑANA

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS :0.53 mg/dl 0.67 - 1.17

FECHA Y HORA DE APLICACION:11/02/2022 01:42:27TECNICA EMPLEADA : METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO. REALIZADO POR : MARIA VICTORIA SANABRIA JIMENEZ

1 PROTEINA C REACTIVA PRUEBA SEMICUANTITATIVA**Realizado**

MAÑANA

PROTEINA C REACTIVA SEMIAUTOMATIZADO :239.24 mg/L 0.6 - 5

FECHA Y HORA DE APLICACION:11/02/2022 01:42:27TECNICA EMPLEADA : METODO: INMUNOTURBIDIMETRIA REALIZADO POR : MARIA VICTORIA SANABRIA JIMENEZ

ADOLFO LEON TROCHEZ ZULETA

Reg. 10547836/8916-9

CUIDADO CRITICO



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 242 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección: CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento: CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 571 FECHA 10/02/2022 11:35:11 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

FORMATOS

LISTA DE VERIFICACION PARA PROCEDIMIENTO PIEL SANA

Seleccione y actualice el plan de cuidado en su turno

TURNOS

. [X]Mañana [X]Tarde [-]Noche

Riesgo de UPP según escala de Braden [-]SIN RIEGO [-]RIEGO BAJO [-]RIESGO MODERADO [X]RIESGO ALTO

Hidrata piel del paciente SI

Evita colonia o alcohol, sobre la piel SI

Uso de aceite de vaselina en prominencias óseas NO

Cambios de posición según protocolo SI

Elimina humedad excesiva SI

Evita baño en cama encharcado SI

Evita masajes en prominencias óseas y zonas de presión NO APLIC

Protección especial para zonas de riesgo (Cojines) NO APLICA

Evita antiséptico local para limpieza de úlceras NO APLICA

Evita curación oclusiva en zona de infección NO APLICA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 572 FECHA 10/02/2022 12:58:22 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

DR. TROCHEZ (ANESTESIOLOGO- INTENSIVISTA) - CATALINA CARDONA GOMEZ (R1 CX GENERAL)

PACIENTE HENRY POLINDARA DE 68 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE TRABAJO:

. CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022

. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA TIPO I

. CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR

. POP TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA 09/2/22

. NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS

. FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXISTICA RESUELTA

. TROMBO-EMBOLISMO PULMONAR DESCARTADO

. ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUIRIENTE

. ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

EVENTOS: AUMENTO DE LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA - SOPORTE VASOPRESOR- AZOADOS NORMALES - PRESIONES AUMENTADAS EN VIA AEREA - DISMINUCION DE LOS INDICES DE OXIGENACION

LABORATORIOS 10/02/22

GASES ARTERIALES: FIO2 50% PH 7.15 PCO2 34.6 HCO3 28 BE 4.6 PAFI 96 LACTTAO 2.0

K4.3 NA 139 CLK 105

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

LEU 24920 NEU 23660 HB 10 HTO 27 PLAQ 391.000- PCR 202

CR 0.63 BUN 13

PLACA DE TORAX: POST TRAQUEOSTOMIA NO COMPLICACIONES, NO NEUMOTORAX, OBSERVANDOSE MAYOR COMRPOMISO DE OCUPACION ALVEOL INTERSTICIAL EN CAMPO PULMONAR MEDIO DERECHO

CRITERIO DE INFECCION POR SARS-COV2: . CLINICO: CUADRO CLINICO DE 5 DIAS CON SINTOMAS RESPIRAORITOS

. MICROBIOLOGIA CON Ag SARS-COV2 22-01- 2022 POSITIVO. PARACLINICOS: TROPONINA 0.010-0.006 - DIMERO D 70400 - PANEL VIRAL NEGATIVO.

PROCEDIMIENTOS:

. TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA 09/02/22

. INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL DESDE 28/01/2022

MICROBIOLOGIA:

. 30/01/22 CULTIVO SECRECION BRONQUIAL: NEG 24 HORAS

. 26/01/22 CULTIVO DE SECRECION BRONQUIAL NEGATIVO 48 HORAS

. 26/01/22 HEMOCULTIVOS 1-2-3 NEGATIVOS A LAS 72 HORAS

. 26/01/22 UROCULTIVO NEGATIVO

. 26/01/22 BACILOSCOPIA EN SECRECION BRONQUIAL NEGATIVA

ANTIBIOTICOTERAPIA:

. PIPERACILINA TAZOBACTAM DESDE 08/02/2022

. AMPICILINA SULBACTAM F.I. 26/01/2022 FF: 01/02/2022

. AZITROMICINA F.I. 26/01/2022 FF: 01/02/2022

OTROS MEDICAMENTOS:

. DEXAMETASONA FI 26/01/22 HASTA EL 05/02/2022

EXAMEN FÍSICO

TA 106/61 MMHG TAM 75MMHG. FC 121 LPM FR 32RPM T 37C GLUCOMETRIA ENTRE 291

NEUROLÓGICO RASS -5 PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ SIN FOCALIZACIONES NEUROMOTORAS.

CABEZA Y CUELLO: MUCOSAS ORALES HÚMEDAS. CANULA TRAQUEOSTOMIA EN ADECUADA POSICION, NO ENFISEMA SUBCUTANEO.

CARDIO-HEMODINÁMICO: SOPORTE VASOPRESOR CON NOREPINEFRINA. RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLO SINCRÓNICOS CON PULSOS PERIFÉRICOS.

VENTILATORIO CON SOPORTE VENTILATORIO MODO AC VT 360 FRECUENCIA RESPIRATORIA 24 FLUJO 40LTS/MIN IE: 1:2 FIO2 30% PEEP 5

SATURACIÓN DEL 94% PRESIÓN MEDIA 11. AUSCULTACIÓN PULMONAR RUIDOS RESPIRATORIOS HIPOFONÉTICOS SIN AGREGADOS

PATOLÓGICOS. TRASTORNO MODERADO DE OXIGENACIÓN CON PAFI DE 259MMHG EN MEJORÍA.

GASTRO-INTESTINAL ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.

GENITO-URINARIO DIURESIS POR Sonda VESICAL, VOLUMEN URINARIO DE 1090/24HORAS.

EXTREMIDADES ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS SIN LESIONES.

PIEL SIN LESIONES.

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 244 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953**Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupación:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

PACIENTE POP MEDIATO NO COMPLICADO DE TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA CON HIPOXEMIA SEVERA MANTENIENDOSE AUN TERAPIA ANTIBIOTICA CON PIPERACILINA TAZOBACTAM , SE AJUSTA A MODO VENTILATORIO POR PRESION, PRONOSTICO AUN RESERVADO. SE INFORMA A FAMILIARES.

PLAN:

-UCI

-VIGILANCIA CLINICA Estricta

-TOMAR GASES ARTERIALES - CH- PCR- ELECTOLITOS Y AZOADOS MAÑANA

PRONOSTICO RESERVADO

Evolución realizada por: ADOLFO LEON TROCHEZ ZULETA-Fecha: 10/02/22 12:58:36**ADOLFO LEON TROCHEZ ZULETA**

Reg. 10547836/8916-9

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 575 **FECHA** 10/02/2022 15:05:56 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

SE REVISAR HISTORIA CLINICA PARA MANEJO MEDICO ESTABLECIDO A MS , MEDICAMENTOS ADMON POR PARTE DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA,BAJO SUPERVICION ,PACIENTES CON MANILLA Y TABLERO DE IDENTIFICACION CON RESPECTIVO STICKER DE RIESGO.SE ATIENDE CON ELEMENTOS DE PROTECCION, LAVADO DE MANOS Y PAUTAS DE BUENA PRACTICA ORDENADOS DE FORMA INSTITUCIONAL Y GUBERNAMENTALSE REALIZARON CAMBIOS DE RONDA MEDICA

Nota realizada por: SANDRA MUÑOZ CIFUENTES Fecha: 10/02/22 15:05:59**SANDRA MUÑOZ CIFUENTES**

Reg. 34560880/8586

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 577 **FECHA** 10/02/2022 16:32:10 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 245 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953

Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

SE BRINDAN MEDIDAS DE CONFORT, BAÑO, HIGIENE ORAL, DESINFECCION DE CUBICULO, SE REALIZA CAMBIOS DE POSICION E HIDRATACION DE LA PIEL, SE OBSERVAN ACESOS VENOSOS PERMISIBLES, SE TOMAN GASES ARTERIALES DE CONTROL, CON NUTRICION ENTERAL EL CUAL INGERE Y TOLERA A DECUDAMEMNTE, SONDA PÉRMEABLE SIN RESIDUOS, CON GOTEIO DE LEVOPHED TITULABLE ELIMINA POR SONDA VESICAL, NO HACE DEPOSICION

Nota realizada por: MERCEDES BURBANO MOLANO Fecha: 10/02/22 16:32:12

MERCEDES BURBANO MOLANO

Reg. 1061708043

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 578 FECHA 10/02/2022 17:16:39 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

Se revisa historia clinica

Nota realizada por: CARLOS DAVID TOBAR ZUNIGA Fecha: 10/02/22 17:16:41

CARLOS DAVID TOBAR ZUNIGA

Reg. 4613438/4613438

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 579 FECHA 10/02/2022 18:57:12 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

REPORTE DE GASES ARTERIALES

ALCALOSIS RESPIRATORIA , DISFUNCION PULMONAR LEVE, IONOGRAMA NORMAL , LACTATO NORMAL

PLAN:

-IGUALES ORDENES MEDICAS

Evolución realizada por: EDWIN ARLEY GUADIR TAIMAL-Fecha: 10/02/22 18:57:18



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 246 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

EDWIN ARLEY GUADIR TAIMAL

Reg. 1144065751

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 582 FECHA 10/02/2022 23:11:25 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

TERAPIAS

Cantidad	Descripción	Estado
2	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	Realizado

PACIENTE DE GENERO MASCULINO DE 68 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNOSTICOS MEDICOS DESCRITOS EN HISTORIA CLINICA.

NOTA RETROSPECTIVA- HIGIENE BRONQUIAL

PACIENTE CON VENTILACION MECANICA INVASIVA EN MODO AC/V, VT: 380, FR: 24, FIO2: 50%, PEEP: 5, SATO2: 92%. DIAGNOSTICO FISIOTERAPEUTICO DE: ALTERACIONES DE LA VENTILACIÓN, RESPIRACIÓN E INTERCAMBIO GASEOSO, CAPACIDAD AERÓBICA Y RESISTENCIA ASOCIADO CON DISFUNCIÓN DE LA BOMBA VENTILATORIA.

SE REALIZA MONITORIA DE SIGNOS VITALES, POSICIONAMIENTO EN CAMILLA CON CABECERA A 45°, SE REALIZAN MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL CON SISTEMA DE SUCCION CERRADO POR TQT OBTENIENDO ESCASAS SECRECIONES MUCOIDES, POR OROFARINGE ASPIRACION DE ESCASA CANTIDAD DE SECRECIONES BLANQUECINAS.

SE REALIZÓ ATENCIÓN INTEGRAL CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REGLAMENTARIOS (MASCARILLA N95, GAFAS DE PROTECCION, CARETA, GORRO, GANTES DE MANEJO, BATA DESECHABLE) Y SIGUIENDO PROTOCOLOS DE DESINFECCIÓN PERIÓDICOS ASÍ COMO EL LAVADO DE MANOS EN LOS 5 TIEMPOS REGLAMENTARIOS, SIGUIENDO INDICACIONES INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES.

DIANA MUÑOZ

REG 1061794839

FISIOTERAPEUTA

FECHA Y HORA DE APLICACION:10/02/2022 23:11:49 REALIZADO POR: DIANA ALEJANDRA MUÑOZ MEDINA

NOTA RETROSPECTIVA: 12/02/22 12+50H, PACIENTE CON SOPORTE DE VENTILACION MECANICA INVASIVA, MODO AC, VT 420ml, FR PROGRAMADA 18RPM, FIO2 60%, PEEP 5cmH2O, SATO2 90%. DOMINIO CARDIOPULMONAR, PATRON C. SE CAMBIA FIJACION DE TQT, QUEDA EN BUENAS CONDICIONES Y ADECUADA POSICION, SE VERIFICA PRESION DEL NEUMOTAPONADOR A 24cm, SIGUIENDO ORDEN MEDICA CON LA CABECERA ELEVADA A 45 GRADOS, SE REALIZA UNA TERAPIA RESPIRATORIA, MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL, LAVADO DE TQT CON SSN Y ASPIRACION DE

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 247 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

ABUNDANTE CANTIDAD DE SECRECION MUCUPURULENTA POR TQT Y ESCASA POR BOCA, VIA AEREA ARTIFICIAL QUEDA PERMEABLE. SE SE OBSERVA TIPO DE TRAQUEOSTOMO SIN ENDOCANULA, SE OBSERVA ESTOMA SIN SIGNOS DE INFLAMACION, Y CON SALIDA DE ESCASA CANTIDAD DE SECRECION MUCOIDE, SE REALIZA LIMPIEZA Y SE DEJAN GASAS ALREDEDOR DEL ESTOMA, SIN COMPLICACIONES DURANTE EL PROCEDIMIENTO. PACIENTE EN EL MOMENTO SIN FAMILIAR A QUIEN EDUCAR SOBRE EL PROCEDIMIENTO Y LOS OBJETIVOS, INTERVENCION REALIZADA POR ADRIANA VERGARA, FISIOTERAPEUTA.

SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (TAPABOCAS N95, MONOGAFAS, CARETA, GUANTES, BATA ANTIFLUIDO, UNIFORME ANTIFLUIDO, ZAPATO CERRADO ANTIFLUIDO), MAS LAVADO DE MANOS EN LOS CINCO MOMENTOS Y DESINFECCION DEL PUESTO DE TRABAJO, SEGUN LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES BAJO PANDEMIA POR SARS COV-2.

FECHA Y HORA DE APLICACION:12/02/2022 14:50:40 REALIZADO POR: ADRIANA MARIA VERGARA TULANDE

DIANA ALEJANDRA MUÑOZ MEDINA

Reg. 1061794839

FISIOTERAPIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 583 **FECHA** 10/02/2022 23:19:10 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

se revisan indicaciones medica, se cobran insumos.

Nota realizada por: MAGNOLIA CARVAJAL FERNANDEZ **Fecha:** 10/02/22 23:19:28**MAGNOLIA CARVAJAL FERNANDEZ**

Reg. 34567173

ENFERMERIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 586 **FECHA** 11/02/2022 00:37:11 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO****Cantidad****Descripción**4 GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]

7J.0 *HOSVITAL*

Pendiente**Usuario:** 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 248 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**FORMULA MÉDICA**

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 VIAL	INSULINA GLARGINA PEN PRELLENADO 100 UI/ML/3 ML LANTUS SOLOSTAR 100 UI/ML/3 ML	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
34 uisc día					
1,00	1,00 TABLETA	ESOMEPRAZOL TABLETA X 40 MG 40 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
CAD DIA					
2,00	1,00 TABLETA	BISACODILO TABLETA 5 MG 5 MG	ORAL	12 Horas	CONTINUAR
18,00	6,00 VIAL	INSULINA GLULISINA PEN PRELLENADO EQ. A 300 UI SOL INYEC 100 UI/ML/3 ML (APIDR A SOLOSTAR) 100 UI	SUBCUTANEA	8 Horas	CONTINUAR
solso si glcmetrias superiro a 180					
1,00	1,00 AMPOLLAS	HEPARINA DE BAJO PESO (ENOXAPARINA) SOL INY 60 MG/0.6 ML 60 MG/0.6 ML	SUBCUTANEA	24 Horas	CONTINUAR
24,00	1,00 AMPOLLAS	NOREPINEFRINA 4 MG/4ML SOLUCION INYECTABLE 4MG/ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
4,00	1,00 AMPOLLAS	PIPERACILINA/TAZOBACTAM POLVO PARA RECONSTITU 4.5G 4.5 G	INTRAVENOSO	6 Horas	CONTINUAR
48,00	2,00 AMPOLLAS	FENTANILO CITRATO EQ. A FENTANILO SOLUCION INYECTABLE 0.5 MG/10 ML 0.5MG/10ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
rass -3					
288,00	12,00 AMPOLLAS	MIDAZOLAM SOLUCION INYECTABLE 5 MG/5 ML 5 MG	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
RASS -3					
8,00	2,00 TABLETA	ACETAMINOFEN TABLETA Ó CÁPSULA X 500 MG 500 MG	ORAL	6 Horas	CONTINUAR
si fiebre					
6,00	2,00 TABLETA	QUETIAPINA FUMARATO TABLETA RECUBIERTA 25 MG 25 MG	ORAL	8 Horas	CONTINUAR
2,00	1,00 TABLETA	ALPRAZOLAM TAB X 0.5 MG 0.5 MG	ORAL	12 Horas	CONTINUAR
0,5 MG VO CAADA 12 HS					
720,00	1,00 LPC	GLUCERNA ALIMENTO ESPECIAL PARA PACIENTES CON INTOLERANCIA A LA GLUCOSA 1.5 KCAL	OROGASTRICA	1 Hora	CONTINUAR

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 249 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

SUSPENSION 1000ML 1000 ML

ADMINISTRAR 1224 CC EN 24 HORAS, POR Sonda OROGASTRICA. ALCANZAR PROGRESIVAMENTE EL VOLUMEN TOTAL SEGUN INDICACION DE NUTRICION

3,00	1,00 CAJA	CLORHEXIDINA DIACETATO O DIGLUCONATO ENJ	BUCAL	8 Horas	CONTINUAR
UAGUE BUCA NO APLICA					

10 ML CADA 8 H INTUBADA

TERAPIAS

Cantidad	Descripción
1	TERAPIA FISICA INTEGRAL
1	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL

Estado
Pendiente
Pendiente

SANDRA YINETH GIRON TIMANA

Reg. 34562634/193220

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 587 FECHA 11/02/2022 03:43:55 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

REPORTE DE GASES ARTERIALES DE CONTROL CON ALCALEMIA METABOLICA COMPENSANDO UNA ACIDOSIS RESPIRATORIA, INDICES DE OXIGENACION CON DISFUNCION PULMONAR MODERADA CON PFIO2 EN DESCENSO, LACTATO NORMAL, ANION GAP BAJO, ELECTROLITOS NORMALES.

CONDUCTA

SE MANTIENE EL MANEJO EN USO.

Evolución realizada por: SANDRA YINETH GIRON TIMANA-Fecha: 11/02/22 03:44:01

SANDRA YINETH GIRON TIMANA

Reg. 34562634/193220

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 588 FECHA 11/02/2022 04:56:38 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 250 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección: CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento: CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

REPORTE DE PARACLINICOS DE CONTROL:

. HEMOGRAMA CON LEUCOCITOSIS Y GRANULOCITOSIS LEVES EN DESCENSO, HB Y HTO MODERADAMENTE BAJOS EN DESCENSO, PLAQUETAS NORMALES

. PCR ELEVADA EN ASCENSO

. AZOADOS NORMALES.

. MICROBIOLOGIA TOMADA 08/02/22:

**HEMOCULTIVOS CON RESINA N°1, 2, 3 Y 4 NEGATIVOS A LAS 48 HORAS

**CULTIVO DE SECRECION BRONQUIAL POSITIVA CON BACIOS GRAM NEGATIVOS 5 X 10*7 UFC/ml PENDIENTES DE TIPIFICAR

CONDUCTA

SE MANTIENE MANEJO EN USO.

Evolución realizada por: SANDRA YINETH GIRON TIMANA-Fecha: 11/02/22 04:56:46

SANDRA YINETH GIRON TIMANA

Reg. 34562634/193220

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 590 FECHA 11/02/2022 05:56:14 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

se revisan indicaciones medicas.

paciente con infeccion por sar cov 2, con soporte ventilatorio modo AC fio2 50%, peep 5 satura 92%, bajo efectos de sedacion con midazolam y fentanilo a 10cc/h, rass -4

signos vitales t 36.5°C, fc 117lpm, ta 98/58 tam 77 mmhg, se logra apagar soporte de vasoactivos, glucometria con hiperglicemia se corrige con insulina apidra,

mucosa oral seca, sonda orogastrica recibe nutricion enteral se aumenta infusion a 42cc/h, no deja residuo gastrico

importante, canula de traqueostomia permeable, torax: cateter venoso central subclavio derecho, sitio de insercion

sin aparente signos de infeccion, cubierto con aposito transparente, abdomen blando, tiene sonda vesical: gasto urinario

0.8cc/kg/h

extremidades: simetricas, tiene linea arterial radial izquierda normofuncional, normofuncional sin signos de

vasoaespasmio

piel: edema generalizado, s e observa flictena en miembro superior derecho equimosis en miembros superiores, se talla

con facilidad lo que aumenta el riesgo de lesiones de piel.

tiene manilla de identificacion,

Nota realizada por: MAGNOLIA CARVAJAL FERNANDEZ Fecha: 11/02/22 05:56:15



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 251 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

MAGNOLIA CARVAJAL FERNANDEZ

Reg. 34567173

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 591 FECHA 11/02/2022 06:49:06 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

PACIENTE FEMENINA DE 68 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

CON UNA ESCALA NEUROLOGICA DE 3/15 PUPILAS 2 LENTAS ,FUERZA MUSCULAR DE 0 EN SUS 4 EXTREMIDADES ,UN RASS DE -3 ,PACIENTE TRAQUEOSTOMIA PASANDO OXIGENO AL 50% ,UN CENTRAL TRILUMEN DERECHO POR DONDE RECIBE LEVOPHED TITULABLE ,UN ACCESO PERIFÉRICO POR DONDE SE ENCUENTRA PASANDO SEDACION MIDAZOLAM FENTANYL A 10 CC HORA BIC ,UNA Sonda OROGASTRICA POR DONDE RECIBE GLUCERNA A 45 CC HORA SE IRRIGO DURANTE EL TURNO CON 40 CC AGUA DEJANDO RESIDUOS BAJOS ,LINEA ARTERIAL DERECHA PARA LA TOMA DE SUS SIGNOS VITALES Y LABORATORIOS COMO SON GASES ARTERIALES ,PCR ,CH,CR ,BUN ,ELECTROLITOS PENDIENTE EL REPORTE ,PACIENTE QUE ELIMINA POR Sonda VESICAL EN CANTIDAD ADECUADA ,NO HACE DEPOSICION , PACIENTE QUEDA AFEBRIL .EUNEICA .TENDIENTE A LA HIPERTENSIÓN,NORMOGLICEMICA Y CON SU RESPECTIVA MANILLA TABLERO + STIKERT DE RIESGOS ,

Nota realizada por: ALBA DENIS LOPEZ TOBAR Fecha: 11/02/22 06:49:08

ALBA DENIS LOPEZ TOBAR

Reg. 34675059/346750

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 593 FECHA 11/02/2022 09:04:43 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

RONDA MEDICA UCI

PACIENTE QUIEN COPMPLETA 14 DIAS DE VENTILACION MECANICA, YA TRAQUEOSTOMIZADO, CON INFECCION PARA SARSCVO2, CON EVOLUCION MUY ESTACIONARIA, PAFI ACTUAL 140, POR ASINCRONIA NO HA SIDO FACIL A PASO DE VENTILACION ESPOTANEA, PENDIENTE TIPIFICACION DE SECRECION BRONQUIAL, SE CONTINUA SOOPORTE,PRONOSTICO AUN RESERVADO.

MD DE SALA: JOHANA DIAZ.

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 252 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección: CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento: CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

Evolución realizada por: ADOLFO LEON TROCHEZ ZULETA-Fecha: 11/02/22 09:08:48

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
2,00	1,00 TABLETA	BISACODILO TABLETA 5 MG 5 MG	ORAL	12 Horas	SUSPENDIDO
24,00	8,00 UNIDAD	LEVOMEPROMAZINA EQ. A 4% SOLUCION ORAL 40 MG/ML/20 ML 40MG/ML/20ML	ORAL	8 Horas	NUEVO

8 CC CADA 8 HORAS

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción
1	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L Realizado

CONTROL MAÑANA

RECUENTO DE LEUCOCITOS :20.44 x10³/ 5 - 10

NEUTROFILOS % :89.30 % 40.3 - 74.8

LINFOCITOS % :6.70 % 12.2 - 47.1

MONOCITOS % :2.40 % 4.4 - 12.3

EOSINOFILOS % :0.90 % 0.01 - 4.4

BASOFILOS % :0.10 % 0.01 - 0.7

NEUTROFILOS Abs :18.25 x10³/ 1.82 - 7.42LINFOCITOS Abs :1.36 x10³/ 1.5 - 4MONOCITOS Abs :0.50 x10³/ 0.03 - 0.77EOSINOFILOS Abs :0.19 x10³/ 0.03 - 0.44BASOFILOS Abs :0.02 x10³/ 0.01 - 0.05RECUENTO DE ERITROCITOS :3.00 x10⁶/ 4.6 - 6.2

HEMATOCRITO :23.6 % 40 - 54

HEMOGLOBINA :8.50 g/dl 13.5 - 18

MCV :78.7 fl 86 - 96

MCH :28.3 pg 25 - 31

MCHC :36.0 g/dl 32 - 38

RDW :13.90 % 11 - 15

RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO :340 x10³/ 150 - 450

MPV :11.2

fl 6.4 - 13

RECUENTO DIFERENCIAL MANUAL :- -

FECHA Y HORA DE APLICACION:12/02/2022 01:24:15TECNICA EMPLEADA : METODO: LASER SEMICONDUCTOR REALIZADO

POR : JORGE ARMANDO GARAY BARBOZA

1 FOSFORO INORGANICO (FOSFATOS)

Realizado

FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS :2.57 mg/dl 2.5 - 4.5

FECHA Y HORA DE APLICACION:12/02/2022 01:23:05TECNICA EMPLEADA : METODO: PUNTO FINAL. REALIZADO POR :

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 253 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

ELKIN MARIO BARRIOS

2 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)

Pendiente

CONTROL MAÑANATARDE

1 NITROGENO UREICO (BUN)

Realizado

CONTROL MAÑANA

NITROGENO UREICO :14.3 mg/dl 8 - 23

FECHA Y HORA DE APLICACION:12/02/2022 01:23:05TECNICA EMPLEADA : METODO: UV CINETICO REALIZADO POR :

ELKIN MARIO BARRIOS

1 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS

Realizado

CONTROL MAÑANA

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS :0.51 mg/dl 0.67 - 1.17

FECHA Y HORA DE APLICACION:12/02/2022 01:23:05TECNICA EMPLEADA : METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.

REALIZADO POR : ELKIN MARIO BARRIOS

1 PROTEINA C REACTIVA PRUEBA SEMICUANTITATIVA

Realizado

CONTROL MAÑANA

PROTEINA C REACTIVA SEMIAUTOMATIZADO :302.13 mg/L 0.6 - 5

FECHA Y HORA DE APLICACION:12/02/2022 01:23:05TECNICA EMPLEADA : METODO: INMUNOTURBIDIMETRIA REALIZADO

POR : ELKIN MARIO BARRIOS

ADOLFO LEON TROCHEZ ZULETA

Reg. 10547836/8916-9

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

599

FECHA 11/02/2022 15:46:03

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

TERAPIAS

Cantidad

Descripción

Estado

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**1 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL****Realizado**

PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS CON DIAGNOSTICOS MEDICOS DE :

- . CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022
- . INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA TIPO I
- . CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR
- . POP TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA 09/2/22
- . NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS
- . FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXISTICA RESUELTA
- . TROMBO-EMBOLISMO PULMONAR DESCARTADO
- . ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUIRIENTE
- . ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

EN REGULARES CONDICIONES GENERALES. HEMODINAMICAMENTE ESTABLE EN EL MOMENTO CON NECESIDAD DE SOPORTE VASOACTIVO. NEUROLOGICAMENTE: BAJO SEDOANALGESIA. A NIVEL CARDIOPULMONAR: CON NECESIDAD DE SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO POR TQT EN MODO ACV VT 380 FR 20 FIO2 70% PEEP 8. CON PERIODOS DE DESACOPLE VENTILATORIO. GENERANDO ADECUADOS VOLUMENES Y PRESIONES EN VIA AEREA. TORAX NORMOLINEO, NORMOEXPANSIVO, PATRON RESPIRATORIO MIXTO. A LA PALPACION NO MASAS NO CREPITOS.

REALIZO TERAPIA RESPIRATORIA CON POSICIONAMIENTO EN CAMA, CABECERA A 45 GRADOS, HIGIENE BRONQUIAL CON ASPIRACION DE SECRECIONES EN ABUNDANTE CANTIDAD DE TIPO MUCOPURULENTAS POR TQT POR MEDIO DE Sonda DE SUCCION CERRADA, POR OROFARINGE EN MODERADA CANTIDAD DE TIPO HIALINAS. DEJO VIA AEREA ARTIFICIAL PERMEABLE. TOLERA MANEJO Y QUEDA ESTABLE DENTRO DE SU CONDICION.

FT DIANA ISABEL ELVIRA GIRON
REG 1061759541

NOTA: SE ATIENDE PACIENTE CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y SIGUIENDO TODOS LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES PARA LA CONTINGENCIA DE ACTUAL PANDEMIA POR COVID 19
FECHA Y HORA DE APLICACION:11/02/2022 15:49:58 REALIZADO POR: DIANA ISABEL ELVIRA GIRON

*Diana I. Elvira***DIANA ISABEL ELVIRA GIRON****Reg. 1061759541****FISIOTERAPIA**

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 255 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 601 **FECHA** 11/02/2022 17:36:30 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****FORMULA MÉDICA**

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 TABLETA	TRAZODONA TABLETA 50 MG. 50 MG	ORAL	24 Horas	NUEVO

FRANCISCO RAMON MARQUEZ OSORIO

Reg. 79552

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 602 **FECHA** 11/02/2022 17:54:57 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

SE ABRE FOLIO PARA REGISTRO DE INSUMOS

Nota realizada por: ANGIE PAOLA ROA ANDRADE **Fecha:** 11/02/22 17:55:04**ANGIE PAOLA ROA ANDRADE**

Reg. 1075286329

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 603 **FECHA** 11/02/2022 18:28:27 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

Paciente de sexo masculino de 68 años de edad en la unidad de cuidado intensivo adulto con monitorizacion continua, en cama con barandas en alto y freno de seguridad puesto, con cabecera elevada a 45 °, con pupilas reactivas lentas a la luz, con fuerza muscular ausente en sus 4 extremidades lo cual no le permite movilizarse en cama aumentando el riesgo de lesiones de piel por upp, valorado en la escala de glasgow 3/15, con soporte de oxigeno por traqueostomia, con cateter venoso central trilumen ubicado en subclavia derecha cubierto con aposito transparente sin signos de infeccion y peremables pasando midazolan a 20 cc / hora + fentanyl a 20 cc / hora + leviophed a 8 cc / hora, con sonfa vesical conectada a cystoiflo, no realiza deposicion, a la valoraicon de la piel se observa equimosis en miembros superiores por anteriores venopunciones, zona de presion en trocanter izquierdo, maleolo izquierdo, durante el dia se le asiste en

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 256 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaereo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

sus necesidades basicas y de enfermreia, higiene oral, baño en cama en seco según protocolo institucional, se le toman gases arteriales de ctrl por orden mesdica, porta formato y manilla de identificacion correctos

Nota realizada por: LINA MARCELA DORADO FIGUEROA Fecha: 11/02/22 18:28:29

LINA MARCELA DORADO FIGUEROA

Reg. 19-01638

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

604

FECHA 11/02/2022 19:43:56

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

FORMATOS

LISTA DE VERIFICACION PARA PROCEDIMIENTO PIEL SANA

Seleccione y actualice el plan de cuidado en su turno

TURNO

. [-]Mañana [-]Tarde [X]Noche

Riesgo de UPP según escala de Braden [-]SIN RIEGO [-]RIEGO BAJO [-]RIESGO MODERADO [X]RIESGO ALTO

Hidrata piel del paciente SI

Evita colonia o alcohol, sobre la piel SI

Uso de aceite de vaselina en prominencias óseas NO APLICA

Cambios de posición según protocolo SI

Elimina humedad excesiva SI

Evita baño en cama encharcado SI

Evita masajes en prominencias óseas y zonas de presión SI

Protección especial para zonas de riesgo (Cojines) SI

Evita antiséptico local para limpieza de úlceras SI

Evita curación oclusiva en zona de infección SI

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

606

FECHA 11/02/2022 20:42:02

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

Se abre folio para revision de historia clinica

Nota realizada por: NATALIA OSORIO DIAZ Fecha: 11/02/22 20:42:05



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 257 de 293

Fecha: 24/03/22

G.eta: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupación:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

Natalia Osorio Diaz

NATALIA OSORIO DIAZ

Reg. 1053858040

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 608 FECHA 12/02/2022 00:18:46 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

FOLIO ABIERTO PARA FORMULACION DE 24 HORAS

Evolución realizada por: FRANCISCO RAMON MARQUEZ OSORIO-Fecha: 12/02/22 00:18:51

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 VIAL	INSULINA GLARGINA PEN PRELLENADO 100 UI/ ML/3 ML LANTUS SOLOSTAR 100 UI/ML/3 ML	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
34 uisc día					
1,00	1,00 TABLETA	ESOMEPRAZOL TABLETA X 40 MG 40 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
CAD DIA					
18,00	6,00 VIAL	INSULINA GLULISINA PEN PRELLENADO EQ. A 300 UI SOL INYEC 100 UI/ML/3 ML (APIDR A SOLOSTAR) 100 UI	SUBCUTANEA	8 Horas	CONTINUAR
solso si glcmetrias superiro a 180					
1,00	1,00 AMPOLLAS	HEPARINA DE BAJO PESO (ENOXAPARINA) SOL INY 60 MG/0.6 ML 60 MG/0.6 ML	SUBCUTANEA	24 Horas	CONTINUAR
24,00	1,00 AMPOLLAS	NOREPINEFRINA 4 MG/4ML SOLUCION INYECTAB LE 4MG/ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
4,00	1,00 AMPOLLAS	PIPERACILINA/TAZOBACTAM POLVO PARA RECON STITU 4.5G 4.5 G	INTRAVENOSO	6 Horas	CONTINUAR
48,00	2,00 AMPOLLAS	FENTANILO CITRATO EQ. A FENTANILO SOLUCI ON INYECTABLE 0.5 MG/10 ML 0.5MG/10ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
rass -3					
288,00	12,00 AMPOLLAS	MIDAZOLAM SOLUCION INYECTABLE 5 MG/5 ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 258 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

5 MG

RASS -3

8,00	2,00 TABLETA	ACETAMINOFEN TABLETA Ó CÁPSULA X 500 MG	ORAL	6 Horas	CONTINUAR
------	--------------	---	------	---------	-----------

500 MG

si fiebre

24,00	8,00 UNIDAD	LEVOMEPROMAZINA EQ. A 4% SOLUCION ORAL	ORAL	8 Horas	CONTINUAR
-------	-------------	--	------	---------	-----------

40 MG/ML/20 ML 40MG/ML/20ML

8 CC CADA 8 HORAS

6,00	2,00 TABLETA	QUETIAPINA FUMARATO TABLETA RECUBIERTA	ORAL	8 Horas	CONTINUAR
------	--------------	--	------	---------	-----------

25 MG 25 MG

2,00 1,00 TABLETA

ALPRAZOLAM TAB X 0.5 MG 0.5 MG

ORAL

12 Horas

CONTINUAR

0,5 MG VO CAADA 12 HS

1,00	1,00 TABLETA	TRAZODONA TABLETA 50 MG. 50 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
------	--------------	--------------------------------	------	----------	-----------

720,00	1,00 LPC	GLUCERNA ALIMENTO ESPECIAL PARA PACIENTE	OROGASTRICA	1 Hora	CONTINUAR
--------	----------	--	-------------	--------	-----------

S CON INTOLERANCIA A LA GLUCOSA 1.5 KCAL

SUSPENSION 1000ML 1000 ML

ADMINISTRAR 1224 CC EN 24 HORAS, POR SONDA OROGASTRICA. ALCANZAR PROGRESIVAMENTE EL VOLUMEN TOTAL SEGUN INDICACION DE NUTRICION

3,00	1,00 CAJA	CLORHEXIDINA DIACETATO O DIGLUCONATO ENJ	BUCAL	8 Horas	CONTINUAR
------	-----------	--	-------	---------	-----------

UAGUE BUCA NO APLICA

10 ML CADA 8 H INTUBADA

FRANCISCO RAMON MARQUEZ OSORIO

Reg. 79552

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 609 **FECHA** 12/02/2022 02:03:36 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

por indicacion medica se traslada paciente masculino de 68 años de edad monitorizado como UCI que se encuentra hemodinamicamente afebril, taquipneico, taquicardico, normotenso con soporte de norepinefrina, hiperglicemico recibiendo correcciones con apidra, saturando por encima de 90% con ventilacion mecanica modo AC por medio de traqueostomia, glasgow 3/15, rass de -4 con goteo de fentanil y midazolam a altas dosis por desacople de ventilacion

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 259 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

mecanica. Paciente con sonda orogastrica, cateter venoso central el cual se cura por necesidad, sitio de insercion con sangre, no se evidencias signos de infeccion, linea arterial y sonda vesical, , piel con edema y equimosis en miembros superiores.

Nota realizada por: NATALIA OSORIO DIAZ Fecha: 12/02/22 02:03:48

NATALIA OSORIO DIAZ

Reg. 1053858040

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 610 FECHA 12/02/2022 02:19:21 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

REPORTE DE PARACLINICOS:

GASES ARTERIALES: EQUILIBRIO ACIDO BASE , DISFUNCION PULMONAR MODERADO , ELECTROLITOS NORMALES, LACTATO NORMAL

HEMOGRAMA CON LEUCITOSIS + NEUTROFILIA EN ASCENSO, ANEMIA GRADO II , PLT NORMALES,

CR Y BUN NORMALES

PCR ELEVADA EN ASCENSO

PLAN:

IGUAL ORDENES MEDICAS.

Evolución realizada por: FRANCISCO RAMON MARQUEZ OSORIO-Fecha: 12/02/22 02:19:26

FRANCISCO RAMON MARQUEZ OSORIO

Reg. 79552

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 611 FECHA 12/02/2022 02:21:24 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

SE SOLICITAN INSUMOS Y MEDICAMENTOS PARA 24 HRS

Nota realizada por: MARIA EUGENIA MENESES MENESES Fecha: 12/02/22 02:21:26

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 260 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**MARIA EUGENIA MENESES MENESES**

Reg. 1058967339/1058

ENFERMERIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO****612****FECHA 12/02/2022 02:59:34****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****FORMULA MÉDICA**

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 VIAL	INSULINA GLARGINA PEN PRELLENADO 100 UI/ML/3 ML LANTUS SOLOSTAR 100 UI/ML/3 ML	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
34 uisc día					
1,00	1,00 TABLETA	ESOMEPRAZOL TABLETA X 40 MG 40 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
CAD DIA					
18,00	6,00 VIAL	INSULINA GLULISINA PEN PRELLENADO EQ. A 300 UI SOL INYEC 100 UI/ML/3 ML (APIDR A SOLOSTAR) 100 UI	SUBCUTANEA	8 Horas	CONTINUAR
solso si glcumetrias superiro a 180					
1,00	1,00 AMPOLLAS	HEPARINA DE BAJO PESO (ENOXAPARINA) SOL INY 60 MG/0.6 ML 60 MG/0.6 ML	SUBCUTANEA	24 Horas	CONTINUAR
24,00	1,00 AMPOLLAS	NOREPINEFRINA 4 MG/4ML SOLUCION INYECTABLE 4MG/ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
4,00	1,00 AMPOLLAS	PIPERACILINA/TAZOBACTAM POLVO PARA RECONSTITU 4.5G 4.5 G	INTRAVENOSO	6 Horas	CONTINUAR
48,00	2,00 AMPOLLAS	FENTANILO CITRATO EQ. A FENTANILO SOLUCION INYECTABLE 0.5 MG/10 ML 0.5MG/10ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
rass -3					
288,00	12,00 AMPOLLAS	MIDAZOLAM SOLUCION INYECTABLE 5 MG/5 ML 5 MG	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
RASS -3					
8,00	2,00 TABLETA	ACETAMINOFEN TABLETA Ó CÁPSULA X 500 MG 500 MG	ORAL	6 Horas	CONTINUAR

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 261 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección: CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento: CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

si fiebre

24,00	8,00 UNIDAD	LEVOMEPRIMAZINA EQ. A 4% SOLUCION ORAL	ORAL	8 Horas	CONTINUAR
40 MG/ML/20 ML 40MG/ML/20ML					

8 CC CADA 8 HORAS

6,00	2,00 TABLETA	QUETIAPINA FUMARATO TABLETA RECUBIERTA	ORAL	8 Horas	CONTINUAR
25 MG 25 MG					

2,00	1,00 TABLETA	ALPRAZOLAM TAB X 0.5 MG 0.5 MG	ORAL	12 Horas	CONTINUAR
------	--------------	--------------------------------	------	----------	-----------

0,5 MG VO CAADA 12 HS

1,00	1,00 TABLETA	TRAZODONA TABLETA 50 MG. 50 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
------	--------------	--------------------------------	------	----------	-----------

720,00	1,00 LPC	GLUCERNA ALIMENTO ESPECIAL PARA PACIENTE	OROGASTRICA	1 Hora	CONTINUAR
S CON INTOLERANCIA A LA GLUCOSA 1.5 KCAL					
SUSPENSION 1000ML 1000 ML					

ADMINISTRAR 1224 CC EN 24 HORAS, POR SONDA OROGASTRICA. ALCANZAR PROGRESIVAMENTE EL VOLUMEN TOTAL SEGUN INDICACION DE NUTRICION

3,00	1,00 CAJA	CLORHEXIDINA DIACETATO O DIGLUCONATO ENJ	BUCAL	8 Horas	CONTINUAR
UAGUE BUCA NO APLICA					

10 ML CADA 8 H INTUBADA

JOSE ELIAS LADINO

JOSE ELIAS LADINO DIAZ

Reg. 86112014

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

614

FECHA 12/02/2022 06:07:31

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

TERAPIAS

Cantidad

Descripción

Estado

1 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL

Realizado

TR

PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS DE EDAD CON SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO POR ENDOCANULA DE TRAQUEOSTOMIA EN MODO ASISTO CONTROL, VT 380 FR 24 FIO2 55 % PEEP 5. CON PERIODOS DE DESACOPLE VENTILATORIO. GENERANDO ADECUADAS PRESIONES EN VIA AEREA. TORAX NORMOLINEO, NORMOEXPANSIVO, PATRON RESPIRATORIO TORACOABDOMINAL . A LA PALPACION NO MASAS NO CREPITOS.

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 262 de 293

Fecha: 24/03/22

G.eta: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

SE REALIZA TERAPIA RESPIRATORIA, PREVIO CINCO MOMENTOS DE LAVADO DE MANOS, CABECERA A 45 GRADOS, MONITORIA CONTINUA DE SIGNOS VITALES, ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DISPUESTOS PARA LA CONTINGENCIA DE COVID 19, SE MIDE PRESION DE NEUMOTAPOMNADOR EN 24CMH2O. SE PROSIGUE A REALIZAR MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL Y CON SISTEMA DE SUCCION CERRADA SE ASPIRAN SECRECIONES EN MODERADA CANTIDAD DE TIPO MUCOIDES POR TQT, HIALINAS POR OROFARINGE, SE FINALIZA CON VIA AEREA PERMEABLE, ENDOCANULA DE TRAQUEOSTOMIA POSICIONADA. PACIENTE TOLERA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, FECHA Y HORA DE APLICACION: 12/02/2022 06:07:53 REALIZADO POR: AYDE PATRICIA RECALDE GETIAL

AYDE PATRICIA RECALDE GETIAL

Reg. 25291912

FISIOTERAPIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 615 **FECHA** 12/02/2022 06:51:27 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

CONTINUA PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS CON MONITORIZACION CONTINUA BAJO EFECTOS DE SEDACION CON FENTANYL Y MIDAZOLAN, CON GLASGOW 3/15, CON TRAQUEOSTOMIA CONECTADO A VENTILACION MECANICA, CON Sonda OROGASTRICA PARA NUTRICION QUE TOLERA SIN DEJAR RESIDUO, CON CATETER CENTRAL SUBCLAVIO DERECHO TRILUMEN PINZADO A ADAPTADOR PARA TRATAMIENTO MEDICO Y GOTEIO DE NOREPINEFRINA, CON LINEA ARTERIAL RADIAL PERMEABLE EN MSI, SE LE BRINDAN MEDIDAS DE CONFORT E HIGIENE ORAL CON CLOREXIDINA, CAMBIOS DE POSICION CADA DOS HORAS, SE HIDRATA LA PIEL, PIEL Y GENITALES INTEGROS, CON ALTO RESGO DE UPP. ELIMINA POR MEDIO DE Sonda VESICAL EN MODERADA CANTIDAD, SE REALIZA DESINFECCION CON CLOREXIDINA SOLUCION SEGUN PROTOCOLO, NO HACE DEPOSICION, PORTA SU RESPECTIVA MANILLA DE IDENTIFICACION PERSONAL.

Nota realizada por: ZULLY JOHANA ORDOÑEZ IDROBO Fecha: 12/02/22 06:51:29**ZULLY JOHANA ORDOÑEZ IDROBO**

Reg. 25292049/2821

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 616 **FECHA** 12/02/2022 06:55:26 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****FORMATOS**

LISTA DE VERIFICACION PARA PROCEDIMIENTO PIEL SANA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 263 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

Seleccione y actualice el plan de cuidado en su turno

TURNO

. [X]Mañana [X]Tarde [-]Noche

Riesgo de UPP según escala de Braden [-]SIN RIEGO [-]RIEGO BAJO [-]RIESGO MODERADO [X]RIESGO ALTO

Hidrata piel del paciente SI

Evita colonia o alcohol, sobre la piel SI

Uso de aceite de vaselina en prominencias óseas NO APLICA

Cambios de posición según protocolo SI

Elimina humedad excesiva SI

Evita baño en cama encharcado SI

Evita masajes en prominencias óseas y zonas de presión SI

Protección especial para zonas de riesgo (Cojines) SI

Evita antiséptico local para limpieza de úlceras NO APLICA

Evita curación oclusiva en zona de infección NO APLICA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 617 **FECHA** 12/02/2022 07:25:08 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****TERAPIAS**

Cantidad	Descripción	Estado Realizado
----------	-------------	------------------

1	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	
---	-------------------------------	--

NOTA RETROSPECTIVA: 12/02/22 12+50H, PACIENTE CON SOPORTE DE VENTILACION MECANICA INVASIVA, MODO AC, VT 420ml, FR PROGRAMADA 18RPM, FIO2 60%, PEEP 5cmH2O, SATO2 90%. DOMINIO CARDIOPULMONAR, PATRON C. SE CAMBIA FIJACION DE TQT, QUEDA EN BUENAS CONDICIONES Y ADECUADA POSICION, SE VERIFICA PRESION DEL NEUMOTAPONADOR A 24cm, SIGUIENDO ORDEN MEDICA CON LA CABECERA ELEVADA A 45 GRADOS, SE REALIZA UNA TERAPIA RESPIRATORIA, MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL, LAVADO DE TQT CON SSN Y ASPIRACION DE ABUNDANTE CANTIDAD DE SECRECION MUCUPURULENTO POR TQT Y ESCASA POR BOCA, VIA AEREA ARTIFICIAL QUEDA PERMEABLE. SE OBSERVA TIPO DE TRAQUEOSTOMO SIN ENDOCANULA, SE OBSERVA ESTOMA SIN SIGNOS DE INFLAMACION, Y CON SALIDA DE ESCASA CANTIDAD DE SECRECION MUCOIDE, SE REALIZA LIMPIEZA Y SE DEJAN GASAS ALREDEDOR DEL ESTOMA, SIN COMPLICACIONES DURANTE EL PROCEDIMIENTO. PACIENTE EN EL MOMENTO SIN FAMILIAR A QUIEN EDUCAR SOBRE EL PROCEDIMIENTO Y LOS OBJETIVOS, INTERVENCION REALIZADA POR ADRIANA VERGARA, FISIOTERAPEUTA.

SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (TAPABOCAS N95, MONOGAFAS, CARETA, GUANTES, BATA ANTIFLUIDO, UNIFORME ANTIFLUIDO, ZAPATO CERRADO ANTIFLUIDO), MAS LAVADO DE MANOS EN LOS CINCO MOMENTOS Y DESINFECCION DEL PUESTO DE TRABAJO, SEGUN LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES BAJO PANDEMIA POR SARS COV-2.

FECHA Y HORA DE APLICACION:12/02/2022 14:51:02 REALIZADO POR: ADRIANA MARIA VERGARA TULANDE



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 264 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

ADRIANA MARIA VERGARA TULANDE

Reg. 34329032/198744

FISIOTERAPIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 619 FECHA 12/02/2022 08:52:52 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 VIAL	INSULINA GLARGINA PEN PRELLENADO 100 UI/ ML/3 ML LANTUS SOLOSTAR 100 UI/ML/3 ML	INTRAVENOSO	24 Horas	MODIFICADO
36 uisc día					
24,00	1,00 AMPOLLAS	NOREPINEFRINA 4 MG/4ML SOLUCION INYECTAB LE 4MG/ML	INTRAVENOSO	1 Hora	SUSPENDIDO

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción
1	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L Realizado mañana RECUENTO DE LEUCOCITOS :20.22 x10 ³ / 5 - 10 NEUTROFILOS % :86.70 % 40.3 - 74.8 LINFOCITOS % :8.90 % 12.2 - 47.1 MONOCITOS % :2.90 % 4.4 - 12.3 EOSINOFILOS % :0.80 % 0.01 - 4.4 BASOFILOS % :0.10 % 0.01 - 0.7 NEUTROFILOS Abs :17.50 x10 ³ / 1.82 - 7.42 LINFOCITOS Abs :1.80 x10 ³ / 1.5 - 4 MONOCITOS Abs :0.59 x10 ³ / 0.03 - 0.77 EOSINOFILOS Abs :0.17 x10 ³ / 0.03 - 0.44 BASOFILOS Abs :0.03 x10 ³ / 0.01 - 0.05 RECUENTO DE ERITROCITOS :3.03 x10 ⁶ / 4.6 - 6.2 HEMATOCRITO :23.9 % 40 - 54 HEMOGLOBINA :8.50 g/dl 13.5 - 18 MCV :78.9 fl 86 - 96 MCH :28.1 pg 25 - 31 MCHC :35.6 g/dl 32 - 38 RDW :14.20 % 11 - 15

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 265 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953

Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

RECuento DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO :392 x10³/ 150 - 450

MPV :10.9

fl 6.4 - 13

RECuento DIFERENCIAL MANUAL :-

FECHA Y HORA DE APLICACION:13/02/2022 00:40:43TECNICA EMPLEADA : METODO: LASER SEMICONDUCTOR REALIZADO

POR : MARIA VICTORIA SANABRIA JIMENEZ

2 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)

Pendiente

1 NITROGENO UREICO (BUN)

Realizado

mañana

NITROGENO UREICO :12.3 mg/dl 8 - 23

FECHA Y HORA DE APLICACION:13/02/2022 00:46:06TECNICA EMPLEADA : METODO: UV CINETICO REALIZADO POR :

DINA LUZ OROZCO OROZCO

1 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS

Realizado

mañana

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS :0.53 mg/dl 0.67 - 1.17

FECHA Y HORA DE APLICACION:13/02/2022 00:46:06TECNICA EMPLEADA : METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.

REALIZADO POR : DINA LUZ OROZCO OROZCO

LUIS ANGEL HORMIGA PAZ

Reg. 10533153/3913/8

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO

622

FECHA 12/02/2022 11:58:32

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

Se revisa historia clínica.

Nota realizada por: CARLOS DAVID TOBAR ZUNIGA Fecha: 12/02/22 11:58:41

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 266 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953**Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**CARLOS DAVID TOBAR ZUNIGA**

Reg. 4613438/4613438

ENFERMERIA**SEDE DE ATENCIÓN:**

001

CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS**FOLIO****623****FECHA 12/02/2022 12:05:51****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

EVOLUCION UNIDAD CUIDADO CRITICO

MED INTENSIVISTA: DR ORTEGA

MED SALA: LHORMIGA

PACIENTE HENRY POLINDARA DE 68 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE TRABAJO:

- . CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022
- . INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA TIPO I
- . CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR
- . POP TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA 09/2/22
- . NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS
- . FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXISTICA RESUELTA
- . TROMBO-EMBOLISMO PULMONAR DESCARTADO
- . ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUIRIENTE
- . ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

PLACA DE TORAX: POST TRAQUEOSTOMIA NO COMPLICACIONES, NO NEUMOTORAX, OBSERVANDOSE MAYOR COMPROMISO DE OCUPACION ALVEOLAR INTERSTICIAL EN CAMPO PULMONAR MEDIO DERECHO

CRITERIO DE INFECCION POR SARS-COV2: . CLINICO: CUADRO CLINICO DE 5 DIAS CON SINTOMAS RESPIRATORIOS

. MICROBIOLOGIA CON Ag SARS-COV2 22-01- 2022 POSITIVO. PARACLINICOS: TROPONINA 0.010-0.006 - DIMERO D 70400 - PANEL VIRAL NEGATIVO.

PROCEDIMIENTOS:

- . TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA 09/02/22
- . INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL DESDE 28/01/2022

MICROBIOLOGIA:

8 FEB.22

- HCUTLIVOS NEG 48 HS

- UROCULTIVO NEGATIVO

- SB BGN OXIDASA NEGATIVO PTE TIPIFICAR

. 30/01/22 CULTIVO SECRECIÓN BRONQUIAL: NEG 24 HORAS

. 26/01/22 CULTIVO DE SECRECIÓN BRONQUIAL NEGATIVO 48 HORAS

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

. 26/01/22 HEMOCULTIVOS 1-2-3 NEGATIVOS A LAS 72 HORAS
. 26/01/22 UROCULTIVO NEGATIVO
. 26/01/22 BACILOSCOPIA EN SECRECIÓN BRONQUIAL NEGATIVA
ANTIBIOTICOTERAPIA:
. PIPERACILINA TAZOBACTAM DESDE 08/02/2022
. AMPICILINA SULBACTAM F.I. 26/01/2022 FF: 01/02/2022
. AZITROMICINA F.I. 26/01/2022 FF: 01/02/2022
OTROS MEDICAMENTOS:
. DEXAMETASONA FI 26/01/22 HASTA EL 05/02/2022

EVENTOS

SOPORTE VMI POR TQT ABIERTA, CON DISFUNCIÓN RESPIRATORIA MODERADA PAFI 110
LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA, PCR ALTA
RETIRO RECIENTE DEL SOPORTE VASOPRESOR-
AZOADOS NORMALES -
PRESIONES AUMENTADAS EN VIAAEREA
RECIBE NET, HIPERGLICEMICA

EXAMEN FÍSICO

SV T 36.2 FR 22 FC 131 TA 116/67 TAM 84 MM HG GLUCOMETRIA ENTRE 261 A 162 MG DL
NEUROLÓGICO RASS -5 PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ SIN FOCALIZACIONES NEUROMOTORAS.
CABEZA Y CUELLO: MUCOSAS ORALES HÚMEDAS. CANULA TRAQUEOSTOMIA EN ADECUADA POSICION, NO ENFISEMA SUBCUTANEO.
CARDIO-HEMODINÁMICO: SOPORTE VASOPRESOR CON NOREPINEFRINA. RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLO SINCRÓNICOS CON PULSOS PERIFÉRICOS.
VENTILATORIO CON SOPORTE VENTILATORIO MODO AC, AUSCULTACIÓN PULMONAR RUIDOS RESPIRATORIOS HIPOFONÉTICOS SIN AGREGADOS PATOLÓGICOS.
GASTRO-INTESTINAL ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.
GENITO-URINARIO DIURESIS POR Sonda VESICAL, VOLUMEN URINARIO DE 1300 CC /24HORAS.
EXTREMIDADES ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS SIN LESIONES.
PIEL SIN LESIONES.

COMENTARIO

PACIENTE POP MEDIATO NO COMPLICADO DE TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA CON HIPOXEMIA SEVERA MANTENIENDOSE AUN TERAPIA ANTIBIOTICA CON PIPERACILINA TAZOBACTAM, SE AJUSTA A MODO VENTILATORIO POR PRESION, PRONOSTICO AUN RESERVADO. SE INFORMA A FAMILIARES.

PLAN

UCI
SUSPENDIDA NOREPINEFRINA
7J.0 *HOSVITAL*

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 268 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

CUIDADOS DE TQT ABIERTA

SS/ GASES ARTERIALES TARDE Y NOCHE

MAÑANA TOMAR CH,CR,NU,

PTE REPORTE DE CULTIVO DE SB

SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, SE REALIZA ADEMAS DURANTE SU ATENCION LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS CORRESPONDIENTES, SEGUN LINEAMIENTOS PROTOCOLARIOS INTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES DEL MINISTERIO DE SALUD, POR CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA SARS-COV2.

Evolución realizada por: LUIS ANGEL HORMIGA PAZ-Fecha: 12/02/22 12:19:34**LUIS ANGEL HORMIGA PAZ**

Reg. 10533153/3913/8

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 624 **FECHA** 12/02/2022 12:40:34 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

SE CHEQUEA FORMULACION , SE REALIZAN CAMBIOS DE REVISTA MEDICA Y SE COBRAN INSUMOS DE PEDIDOS DE 24 HORAS

Nota realizada por: EDY ESMERALDA FANDINO ARAUJO Fecha: 12/02/22 12:40:36**EDY ESMERALDA FANDINO ARAUJO**

Reg. 34446394/344463

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 625 **FECHA** 12/02/2022 13:06:17 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

EVENTOS

ALZA TERMICA, NO CEDE CON ACETAMINOFEN , SE INDICA ANTIPIRETICO IV DOSIS UNICA. PTE RESULTADOS DE CULTIVOS Y SE HCULTIVOS
LHORMIGA

Evolución realizada por: LUIS ANGEL HORMIGA PAZ-Fecha: 12/02/22 13:06:24

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 269 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

DIPIRONA 1 GR IV DOSIS UNICA

HEMOCULTIVOS NRO 3 .

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 AMPOLLAS	DIPIRONA SOL INY 1 G/2 ML 1GR/2ML	INTRAVENOSO	Dosis Unica	NUEVO

AHORA

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción
3	ANTIBIOGRAMA (MIC) METODO AUTOMATICO

En proceso

AHORA

3	HEMOCULTIVO CON RESINA
---	------------------------

En proceso

HEMOCULTIVO CON RESINA CADA MUESTRA :NEGATIVO Número de muestra:

Hemocultivo N.1

Sitio anatómico de la muestra: MSD

Resultado Informe Preliminar: 14/02/2022 Negativo a las 24 horas de incubación.

Resultado Informe Preliminar: 15/02/2022 Negativo a las 48 horas de incubación.

Resultado Informe Preliminar: 16/02/2022 Negativo a las 72 horas de incubación.

Resultado Informe Final: 18/02/2022 Negativo a los 5 días de incubación. -

FECHA Y HORA DE APLICACION:14/02/2022 11:53:20REALIZADO POR : JENNIFER RODRIGUEZ MEZA

LUIS ANGEL HORMIGA PAZ

Reg. 10533153/3913/8

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 630 FECHA 12/02/2022 16:35:26 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

GASES ARTERIALES

EN EQUILIBRIO ACIDO BASE.HIPERCARBIA HC03 27 COMPENSADA

PAFI 71 DISFUNCION SEVERA , DESCENSO DE INDICES DE OXIGENACION

K 3.9 NA 143 CL 111 HIPERCLOREMIA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 270 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección: CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento: CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

PLAN . CORRECCION ELECTROLITICA , SE SOLICITA GRAM Y CULTIVO DE SEC BRONQUIAL,POR SIRS Y SEC PRURULENTAS
LHORMIGA

Evolución realizada por: LUIS ANGEL HORMIGA PAZ-Fecha: 12/02/22 16:35:35

LUIS ANGEL HORMIGA PAZ

Reg. 10533153/3913/8

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 632 FECHA 12/02/2022 16:44:01 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	Realizado
1	ANTIBIOGRAMA (MIC) METODO AUTOMATICO	Realizado
AHORA SEC BROQUIAL		
ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZAD :A/B RESULTADOS DE ANTIBIOGRAMA:		
chr(10) chr(10)Klebsiella pneumoniae ssp pneumoniae chr(10) chr(10) . . . chr(10)		
AZTREONAM Resistente 16 chr(10) CIPROFLOXACINA Sensible 0,5 chr(10) AMP/SULBACTAM		
Resistente >=32 chr(10) AMICACINA Sensible <=1 chr(10) ERTAPENEM Resistente		
2 chr(10) PIP/TAZO Resistente >=128 chr(10) Acido Boronico + Positivo chr(10)		
EDTA - Negativo chr(10) BLEE + Pos chr(10) Test de inhibición de carbapenemicos		
+ Positivo chr(10) Ceftazidime/Avibactam Sensible 0,5 chr(10)		
Ceftolozano/Tazbactam Sensible 2 chr(10) SE DETECTO QUE ESTA CEPA ES PRODUCTORA DE BLEES POR LO		
TANTO ES RESISTENTE A BETALACTAMICOS, COMO PENICILINAS Y A TODAS LAS CEFALOSPORINAS INCLUYENDO CEFEPIME		
Y MONOBACTAMICOS COMO AZTREONAM.. -		
FECHA Y HORA DE APLICACION:14/02/2022 09:07:58REALIZADO POR : JENNIFER RODRIGUEZ MEZA		

1	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	Realizado
SEC BROQUIAL		
COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA :MEMO Muestra (Sitio anatómico): SEC		
BRONQUIAL		
Resultado: Reacción Leucocitaria: Abundante. Bacilos Gram Negativos: Escasos		
-		
FECHA Y HORA DE APLICACION:12/02/2022 17:59:15REALIZADO POR : DIEGO ALEJANDRO GONZALEZ GARCIA		

1	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HEC	Realizado
SEC BROQUIAL		
CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA :POSITIVO SECRECION BRONQUIAL:		
7J.0 *HOSVITAL*		

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 271 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

Crecimiento Bacilo Gram Negativo.

Recuento de 16 colonias 10⁴ UFC/mL

PRUEBA DE OXIDASA NEGATIVA -

FECHA Y HORA DE APLICACION: 14/02/2022 09:05:38 REALIZADO POR : JENNIFER RODRIGUEZ MEZA

LUIS ANGEL HORMIGA PAZ

Reg. 10533153/3913/8

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 633 FECHA 12/02/2022 17:34:20 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

Se toman 3 hemocultivos perifericos, se punciona brazo derecho e izquierdo, se envia a laboratorio.

Nota realizada por: EDY ESMERALDA FANDINO ARAUJO Fecha: 12/02/22 17:34:23

EDY ESMERALDA FANDINO ARAUJO

Reg. 34446394/344463

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 634 FECHA 12/02/2022 18:23:43 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

TERAPIAS

Cantidad Descripción

1 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL

Estado

No se realizo

FECHA Y HORA DE APLICACION: 12/02/2022 18:28:29 REALIZADO POR: ADRIANA MARIA VERGARA TULANDE

PROCEDIMIENTO NO APLICADO. , POR: ADRIANA MARIA VERGARA TULANDE

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 272 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**ADRIANA MARIA VERGARA TULANDE**

Reg. 34329032/198744

FISIOTERAPIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 636 **FECHA** 12/02/2022 18:30:14 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

NORA DE FISIOTERAPIA: 17H, SIGUIENDO ORDEN MEDICA SE TOMA MUESTRA DE SECRECION BRONQUIAL, SE ROTULA Y SE ENTREGA EN EL LABORATORIO, SIN COMPLICACIONES.

SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (TAPABOCAS N95, MONOGAFAS, CARETA, GUANTES, BATA ANTIFLUIDO, UNIFORME ANTIFLUIDO, ZAPATO CERRADO ANTIFLUIDO), MAS LAVADO DE MANOS EN LOS CINCO MOMENTOS Y DESINFECCION DEL PUESTO DE TRABAJO, SEGUN LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES BAJO PANDEMIA POR SARS COV-2.

Nota realizada por: ADRIANA MARIA VERGARA TULANDE Fecha: 12/02/22 18:30:16

ADRIANA MARIA VERGARA TULANDE

Reg. 34329032/198744

FISIOTERAPIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 637 **FECHA** 12/02/2022 18:44:45 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

PACIENTE DE SEXO MASCULINO CON 68 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS MÉDICOS

IRA TIPO I SEVERA

NEUMONÍA VIRAL POR SARS COVID 2}

ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS

CON ESCALA NEUROLÓGICO GLASGOW 4/15 BAJO EFECTOS DE SEDACION CON OXIGENO POR TRAQUEOSTOMIA CON FECHA DEL 10/2/22, CONECTADO A VENTILADOR MECÁNICO CON FIO2 AL 60% EN MODO A/C SATURACIÓN LÍMITROFE, CON ESFUERZO DEL PATRÓN RESPIRATORIA CON MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES DE MANEJO POR FISIOTERAPEUTA DE TURNO, Sonda OROGÁSTRICA CON FECHA DEL 28/1/22, CON IRRIGACIÓN CADA CUATRO HORAS CON 40 CC DE AGUA CORROBORADA EN CAVIDAD GÁSTRICA, CON SOPORTE NUTRICIONAL PASANDO GLUCERNA A 42 CC HORA CON ALTOS RESIDUOS GÁSTRICOS, CATÉTER CENTRAL DERECHO CUBIERTO CON APÓSITO DE POLIURETANO CON FECHA DEL 28/1/22, CURADO DEL 7/2/22, SIN SIGNOS DE INFECCIÓN, PASANDO POR LA PRIMERA VIA GOTEÓ DE LEVOPHED 4MG EN 125 7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 273 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

DE SSN TITULABLE PARA MANTENER PRESIONES ARTERIALES MEDIAS MAYORES A 65, POR EL SEGUNDO PUERTO GOTEIO DE MIDAZOLAN 12AMPOLLAS PURO A 20 CC HORA, CONECTADO EN YE GOTEIO DE FENTANYL 2 AMPOLLAS EN 80 CC DE SSN A 20 CC HORA POR EL TERCER PUERTO PARA PASO DE MEDICAMENTOS ORDENADOS, LINEA ARTERIAL RADIAL IZQUIERDA FUNCIONAL CON BUENA PERFUSION DISTAL Y LLENADO CAPILAR CON FECHA DEL 9/2/22, SIN SIGNOS DE INFECCIÓN, EQUIMOSIS EN EXTREMIDADES SUPERIORES DE ANTERIORES PUNCIONES, MAS EDEMA , DIURESIS POR SONDA VESICAL CON FECHA DEL 28/12/22, , CON CARACTERÍSTICAS COLURICAS , NO HACE DEPOSICIÓN, FUERZA MUSCULAR NULA DE SUS CUATRO EXTREMIDADES, SE LE REALIZAN CAMBIOS DE POSICIÓN, MAS HIDRATACIÓN DE PIEL ANGULO DE 45 GRADOS,BARANDAS ELEVADAS,FRENOS DE CAMA PUESTOS, CON SU RESPECTIVA MANILLA Y TABLERO DE IDENTIFICACIÓN MAS STICKERS, CON TROL DE SIGNOS VITALES LÍQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS, VALORACIÓN NEUROLÓGICA CADA HORA, CON MONITORIA COMO UCI, PASA EL TURNO TAQUICARDICO, FEBRIL SE INFORMA A JEFE DE TURNO, HIPOTENSO SOPORTADO , SOPORTADO CON VASO ACTIVO GLUCOMETRIAS CON RESULTADO DE 187-206-149, , SE INFORMA A JEFE DE TURNO SE ADMINISTRA APIDRA ESCALA DE RASS-4, ESCALA DEL DOLOR DE 0, PUPILA ISOCORICAS CON DIÁMETRO DE 3 LENTAS , SE TOMAN MUESTRAS PARA GASES ARTERIALES, SE REALIZA HIGIENE ORAL CON GASAS, NELATON 12 , SISTEMA DE SUCCIÓN, CLOREXHDINA ENJUAGUE , CEPILLO Y CREMA DENTAL, LEVES LESIONES EN CAVIDAD ORAL LENGUA SABURRAL NATOSA , SE TALLA CON FACILIDAD, DESFACELACION DE PIEL, EN MANO IZQUIERDA, CUBIERTA CON CGF MAS FIXOMULL, SE REALIZA BAÑO EN CAMA MAS HIDRATACIÓN DE PIEL,LIMPIEZA GENITAL Y DE SONDA VESICAL CON GASAS MAS CLOREXHDINA LA2% CON TÉCNICA ESTÉRIL Y APLICACIÓN DEL PROTOCOLO.JEFE DE TURNO TOMA HEMOCULTIVOS ALTO RIESGO DE INFECCIÓN RELACIONADO ELEMENTOS INVASIVOS, (TRAQUEOSTOMIA , SONDA NASOGASTRICA, LINEA ARTERIAL , SONDA VESICAL, CATÉTER CENTRAL,) PROCESO HOSPITALARIO Y CUIDADOS DE LA SALUD

Nota realizada por: MARICELA ALVARADO BURBANO Fecha: 12/02/22 18:44:48**MARICELA ALVARADO BURBANO**

Reg. 34674671/346746

AUXILIAR DE ENFERMERIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 639 **FECHA** 12/02/2022 20:21:16 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

SE ABRE FOLIO PARA CHEQUEAR HISTORIA CLÍNICA Y VERIFICACIÓN DE PRESCRIPCIÓN MEDICA JEFE ANA CRISTINA

Nota realizada por: ANA CRISTINA IDROBO OSPINA Fecha: 12/02/22 20:21:20**ANA CRISTINA IDROBO OSPINA**

Reg. 34607318/32797

ENFERMERIA

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 274 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 641 **FECHA** 12/02/2022 23:24:47 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****FORMULA MÉDICA**

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
4,00	1,00 FRASCO	ERITROMICINA (EQ. A 5%) SUS/ ORAL 250 M G/5ML/60 ML 250MG/5ML/60ML	ORAL	6 Horas	NUEVO

DAR 5 CC CADA 6 HORAS

JENNY JOHANA DIAZ JATIVA

Reg. 1085328083

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 644 **FECHA** 13/02/2022 01:06:26 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****TERAPIAS**

Cantidad	Descripción	Estado
1	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	Realizado

PACIENTE HENRY POLINDARA DE 68 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE TRABAJO:

- . CASO CONFIRMADO POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022
- . INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA TIPO I
- . CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR
- . POP TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA 09/2/22
- . NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS
- . FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXISTICA RESUELTA
- . TROMBO-EMBOLISMO PULMONAR DESCARTADO
- . ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUIRIENTE
- . ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 275 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección: CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento: CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

PACIENTE QUIEN POSTERIOR A EL CAMBIO DE POSICION EN DECUBITO LATERAL DERECHO PRESWENTA AUMENTO MARCADO DE LAS PRESIONES PICO HASTA DE 41, PORTADOR DE TRAQUEOSOTMIA CONECTADO A VENTILADOR MECANICO MODO AC; VT: 420; FR 20 PEEP 8 FIO2 90% ASISTIENDO OCACIONALMENTE A EL VENTILADOR, SATURANDO ADECUADAMENTE, SE REALIZAN MANIOBRAS DE HIGUIENE BRONQUIAL A TRAVES DE ASPIRACION CON SISTEMA CERRADO DE SUCCION OBTENIENDO SECRESIONES HIALINAS EN MUY ESCASA CANTIDAD, ASPIRACION POR OROFARINGE OBTENIENDO SECRESIONES HIALINAS EN POCA CANTIDAD, SE VERIFICA PRESION DEL NEUMOTAPONADOR, SE REALIZA LIMPIEZA DEL ESTOMA CON SOLUCION SALINA,. SE REALIZA CAMBIO DE GASAS, SE MANEJA CABECERA ELEVADA, EN VISTA DE QUQUE NO HAY PREENCIA DE SECRESIONES Y HAY PERSISTENCIA DE LAS PRESIONES PICO ELEVADAS SE REALZIA CAMBIO DE MODO VENTILATORIO A AC/PC EN 24, FIO2 70%, PEEP DE 8 Y FR EN 0, CON LO CUAL QUEDA SATURANDO 95%,. NO COMPLICACIONES.

SE ATIENDE CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (TAPABOCAS N95, GORRO, MONOGAFAS, BATA ANTIFLUIDO, CARETA, GUANTES) SEGUN LINEAMENTOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES, BAJO CONTEXTO DE PANDEMIA COVID 19. MAS LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS.

FT. CAROLINA BARRANTES

FECHA Y HORA DE APLICACION:13/02/2022 01:06:34 REALIZADO POR: JENNY CAROLINA BARRANTES PARDO

JENNY CAROLINA BARRANTES PARDO

Reg. 1061731761/19-0

FISIOTERAPIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 645 FECHA 13/02/2022 01:12:13 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

SE ABRE FOLIO PARA REALIZAR FORMULACION PARA 24 HORAS

Evolución realizada por: JENNY JOHANA DIAZ JATIVA-Fecha: 13/02/22 01:12:20

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 VIAL	INSULINA GLARGINA PEN PRELLENADO 100 UI/ML/3 ML LANTUS SOLOSTAR 100 UI/ML/3 ML	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
36 uisc día					
1,00	1,00 TABLETA	ESOMEPRAZOL TABLETA X 40 MG 40 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
CAD DIA					
18,00	6,00 VIAL	INSULINA GLULISINA PEN PRELLENADO EQ. A 300 UI SOL INYEC 100 UI/ML/3 ML (APIDR A SOLOSTAR) 100 UI	SUBCUTANEA	8 Horas	CONTINUAR

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 276 de 293

Fecha: 24/03/22

G.eta: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

solso si glcumetrias superiro a 180

1,00	1,00 AMPOLLAS	HEPARINA DE BAJO PESO (ENOXAPARINA) SOL INY 60 MG/0.6 ML 60 MG/0.6 ML	SUBCUTANEA	24 Horas	CONTINUAR
------	---------------	--	------------	----------	-----------

4,00	1,00 FRASCO	ERITROMICINA (EQ. A 5%) SUS/ ORAL 250 M G/5ML/60 ML 250MG/5ML/60ML	ORAL	6 Horas	CONTINUAR
------	-------------	---	------	---------	-----------

DAR 5 CC CADA 6 HORAS

4,00	1,00 AMPOLLAS	PIPERACILINA/TAZOBACTAM POLVO PARA RECON STITU 4.5G 4.5 G	INTRAVENOSO	6 Horas	CONTINUAR
------	---------------	--	-------------	---------	-----------

48,00	2,00 AMPOLLAS	FENTANILO CITRATO EQ. A FENTANILO SOLUCI ON INYECTABLE 0.5 MG/10 ML 0.5MG/10ML	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
-------	---------------	---	-------------	--------	-----------

rass -3

288,00	12,00 AMPOLLAS	MIDAZOLAM SOLUCION INYECTABLE 5 MG/5 ML 5 MG	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
--------	----------------	---	-------------	--------	-----------

RASS -3

8,00	2,00 TABLETA	ACETAMINOFEN TABLETA Ó CÁPSULA X 500 MG 500 MG	ORAL	6 Horas	CONTINUAR
------	--------------	---	------	---------	-----------

si fiebre

1,00	1,00 AMPOLLAS	DIPIRONA SOL INY 1 G/2 ML 1GR/2ML	INTRAVENOSO	Dosis Unica	SUSPENDIDO
------	---------------	-----------------------------------	-------------	-------------	------------

AHORA

24,00	8,00 UNIDAD	LEVOMEPRIMAZINA EQ. A 4% SOLUCION ORAL 40 MG/ML/20 ML 40MG/ML/20ML	ORAL	8 Horas	CONTINUAR
-------	-------------	---	------	---------	-----------

8 CC CADA 8 HORAS

6,00	2,00 TABLETA	QUETIAPINA FUMARATO TABLETA RECUBIERTA 25 MG 25 MG	ORAL	8 Horas	CONTINUAR
------	--------------	---	------	---------	-----------

2,00	1,00 TABLETA	ALPRAZOLAM TAB X 0.5 MG 0.5 MG	ORAL	12 Horas	CONTINUAR
------	--------------	--------------------------------	------	----------	-----------

0.,5 MG VO CAADA 12 HS

1,00	1,00 TABLETA	TRAZODONA TABLETA 50 MG. 50 MG	ORAL	24 Horas	CONTINUAR
------	--------------	--------------------------------	------	----------	-----------

720,00	1,00 LPC	GLUCERNA ALIMENTO ESPECIAL PARA PACIENTE S CON INTOLERANCIA A LA GLUCOSA 1.5 KCAL SUSPENSION 1000ML 1000 ML	OROGASTRICA	1 Hora	CONTINUAR
--------	----------	---	-------------	--------	-----------

ADMINISTRAR 1224 CC EN 24 HORAS, POR Sonda OROGASTRICA. ALCANZAR PROGRESIVAMENTE EL VOLUMEN TOTAL SEGUN INDICACION DE NUTRICION

3,00	1,00 CAJA	CLORHEXIDINA DIACETATO O DIGLUCONATO ENJ UAGUE BUCA NO APLICA	BUCAL	8 Horas	CONTINUAR
------	-----------	--	-------	---------	-----------

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 277 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 10/05/1953 Edad actual : 68 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3163407894

Dirección:

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA

Departamento:

CAUCA

Municipio: POPAYAN

Ocupacion:

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: PREESCOLAR

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN

Teléfono: 3154530825

Parentesco: Hijo

Acompañante: MARIA IDALGO

Teléfono: 3154530825

10 ML CADA 8 H INTUBADA

JENNY JOHANA DIAZ JATIVA

Reg. 1085328083

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 646 FECHA 13/02/2022 03:05:41 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
24,00	1,00 AMPOLLAS	NOREPINEFRINA 4 MG/4ML SOLUCION INYECTAB LE 4MG/ML	INTRAVENOSO	1 Hora	NUEVO

JENNY JOHANA DIAZ JATIVA

Reg. 1085328083

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS

FOLIO 648 FECHA 13/02/2022 03:41:07 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS DE EDAD MONITORIZADO COMO UCI. INCONSCIENTE BAJO EFECTO DE SEDACION MAS ANALGESIA. CON GLASGOW 4/15 CON FUERZA MUSCULAR AUSENTE CON RASS DE MENOS 4. HEMODINAMICAMENTE INESTABLE. AFEBRIL. CON FRECUENCIA RESPIRATORIA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES CON SOPORTE DE OXIGENO A TRAVÉS DE TUBO OROTRAQUEAL (DÍA 2) EN MODO ASISTIDO CONTROLADO SATURANDO POR ENCIMA DEL 90%. TAQUICARDICO- NORMOTENSO CON PAM POR ENCIMA DE 65 MMHG. CON REQUERIMIENTO DE NOREPINEFRINA SIMPLE TITULABLE PARA MANTENER PAM POR ENCIMA DE 65 MMHG, CON REPORTE DE GLUCOMETRIA DE 136 MG/DL. CON SOPORTE NUTRICIONAL A DOSIS BAJA CON RESIDUOS ALTOS. CON ELIMINACIÓN URINARIA A TRAVÉS DE SONDA VESICAL EN SISTEMA CERRADO DE CISTOFLO CON BUEN GASTO URINARIO NO HA HECHO DEPOSICIÓN. CON LEV SEDACION MAS ANALGESIA Y VASO ACTIVO EV NOREPINEFRINA SIMPLE TITULABLE PARA MANTENER PAM POR ENCIMA DE 65 MMHG. CON ELEMENTOS INVASIVOS VIGENTES: CON UN CATÉTER VENOSO CENTRAL SUBCLAVIO DERECHO CON LINEA ARTERIAL RADIAL IZQUIERDA. FUNCIONAL. SE PERMEABILIZAN CON SOLUCIÓN SALINA ACCESOS VENOSOS SIN SIGNOS DE FLEBITIS QUÍMICA. A NIVEL DE LA PIEL CON EQUIMOSIS POR MÚLTIPLES PUNCIONES. POR DIRECCIONAMIENTO ADMINISTRATIVO LOS MEDICAMENTOS LOS ADMINISTRAN LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA. PENDIENTE



CLINICA LA ESTANCIA S.A

817003166 - 1

RHsClxFch

Pag: 278 de 293

Fecha: 24/03/22

G.eta: 15

10527165

HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

1. SEGUIMIENTO POR INFECTOLOGIA 2. REPORTE DE HEMOCULTIVOS TOMADOS EL DÍA 12/02. SE REALIZAN CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y MEDIDAS DE CONFORT

NOTA: SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (BATA, ESCAFANDRA, CARETA, MONOGAFAS, MASCARILLA Y GUANTES), SE REALIZA ADEMÁS DURANTE SU ATENCIÓN LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS CORRESPONDIENTES, SEGÚN LINEAMIENTOS PROTOCOLARIOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES DEL MINISTERIO DE SALUD, POR CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA SARS-COV2.

Nota realizada por: ANA CRISTINA IDROBO OSPINA **Fecha:** 13/02/22 03:41:09

ANA CRISTINA IDROBO OSPINA

Reg. 34607318/32797

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:		001	CLINICA LA ESTANCIA	Edad : 68 AÑOS	
FOLIO	649	FECHA	13/02/2022 03:42:29	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS DE EDAD MONITORIZADO COMO UCI. INCONSCIENTE BAJO EFECTO DE SEDACION MAS ANALGESIA. CON GLASGOW 4/15 CON FUERZA MUSCULAR AUSENTE CON RASS DE MENOS 4. HEMODINAMICAMENTE INESTABLE. AFEBRIL. CON FRECUENCIA RESPIRATORIA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES CON SOPORTE DE OXIGENO A TRAVÉS DE TUBO OROTRAQUEAL (DÍA 2) EN MODO ASISTIDO CONTROLADO SATURANDO POR ENCIMA DEL 90%. TAQUICARDICO- NORMOTENSO CON PAM POR ENCIMA DE 65 MMHG. CON REQUERIMIENTO DE NOREPINEFRINA SIMPLE TITULABLE PARA MANTENER PAM POR ENCIMA DE 65 MMHG, CON REPORTE DE GLUCOMETRIA DE 136 MG/DL. CON SOPORTE NUTRICIONAL A DOSIS BAJA CON RESIDUOS ALTOS. CON ELIMINACIÓN URINARIA A TRAVÉS DE Sonda VESICAL EN SISTEMA CERRADO DE CISTOFLO CON BUEN GASTO URINARIO NO HA HECHO DEPOSICIÓN. CON LEV SEDACION MAS ANALGESIA Y VASO ACTIVO EV NOREPINEFRINA SIMPLE TITULABLE PARA MANTENER PAM POR ENCIMA DE 65 MMHG. CON ELEMENTOS INVASIVOS VIGENTES: CON UN CATÉTER VENOSO CENTRAL SUBCLAVIO DERECHO CON LINEA ARTERIAL RADIAL IZQUIERDA. FUNCIONAL. . SE PERMEABILIZAN CON SOLUCIÓN SALINA ACCESOS VENOSOS SIN SIGNOS DE FLEBITIS QUÍMICA. A NIVEL DE LA PIEL CON EQUIMOSIS POR MÚLTIPLES PUNCIONES. POR DIRECCIONAMIENTO ADMINISTRATIVO LOS MEDICAMENTOS LOS ADMINISTRAN LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA. PENDIENTE 1. SEGUIMIENTO POR INFECTOLOGIA 2. REPORTE DE HEMOCULTIVOS TOMADOS EL DÍA 12/02. SE REALIZAN CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y MEDIDAS DE CONFORT

NOTA: SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (BATA, ESCAFANDRA, CARETA, MONOGAFAS, MASCARILLA Y GUANTES), SE REALIZA ADEMÁS DURANTE SU ATENCIÓN LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS CORRESPONDIENTES, SEGÚN LINEAMIENTOS PROTOCOLARIOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES DEL MINISTERIO DE SALUD, POR CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA SARS-COV2.

Nota realizada por: ANA CRISTINA IDROBO OSPINA **Fecha:** 13/02/22 03:42:30

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 279 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953**Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**ANA CRISTINA IDROBO OSPINA**

Reg. 34607318/32797

ENFERMERIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 650 **FECHA** 13/02/2022 04:26:48 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

REPORTE DE PARACLINICOS DE CONTROL:

. GASES ARTERIALES CON ALCALOSIS RESPIRATORIA COMPENSANDO CON ALCALOSIS METABOLICA, INDICES DE OXIGENACION CON DISFUNCION PULMONAR SEVERA SOSTENIDA, PAFI 98 EN ASCENSO, LACTATO ELEVADO, ANION GAP NORMAL, ELECTROLITOS CON POTASIO, SODIO Y CALCIO IONIZADO NORMALES, CLORO LEVEMENTE ELEVADO.

. HEMOGRAMA CON LEUCOCITOSIS Y GRANULOCITOSIS EN ASCENSO, HB Y HTO BAJOS SOSTENIDOS, PLAQUETAS NORMALES.

. AZOADOS NORMALES

CONDUCTA

. CONTINUAR IGUAL MANEJO INSTAURADO

Evolución realizada por: JENNY JOHANA DIAZ JATIVA-Fecha: 13/02/22 04:28:27**JENNY JOHANA DIAZ JATIVA**

Reg. 1085328083

MEDICINA GENERAL**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 652 **FECHA** 13/02/2022 06:47:09 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

PACIENTE MASCULINO, MONITORIZADO COMO UCI, HEMODINAMICAMENTE INESTABLE, CON GLASGOW 3/15, CON FUERZA MUSCULAR DISMINUIDA EN SUS EXTREMIDADES, CON MASCARA DE TRAQUEOSTOMIA CONECTADO A VENTILACIÓN MECÁNICA SATURANDO ADECUADAMENTE, CON SONTA NASOGASTRICA PERMEABLE RECIBIENDO NUTRICION BIEN TOLERADA, CON CATETER VENOSO CENTRAL SUBCLAVIO DERECHO PERMEABLE PARA LA ADMINISTRACION DE SEDACION, LIQUIDOS Y MEDICAMENTOS SIN SIGNOS DE ERITEMA, CON LINEA RADIAL IZQUIERDA FUNCIONAL, ELIMINA CON SONTA VESICAL ADECUADAMENTE, A LA VALORACION DE LA PIEL SE OBSERVA EQUIMOSIS POR PUNCION EN MIEMBROS 7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 280 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

SUPERIORES, EDEMA GENERALIZADO, PACIENTE CON ALTO RIESGO DE UPP POR SU CONDICION CLINICA Y SU PROLONGADA ESTANCIA, SE LE ADMINISTRA TRATAMIENTO ORDENADO SIN COMPLICACIONES, SE LE BRINDAN MEDIDAS DE HIGIENE Y CONFORT, QUEDA CON MANILLA Y TABLERO DE IDENTIFICACION.

Nota realizada por: JULIETH ANGELICA LEDESMA ROJAS Fecha: 13/02/22 06:47:10**JULIETH ANGELICA LEDESMA ROJAS****Reg. 34327597****AUXILIAR DE ENFERMERIA****SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO 654 FECHA 13/02/2022 08:52:19 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

FOLIO ABIERTO PARA REGISTRO DE CAMBIOS DADOS EN RONDA DE LA MAÑANA.

MD SANDRA GIRON

Evolución realizada por: LEIDER ALEJANDRO ORTEGA BASTIDAS-Fecha: 13/02/22 08:52:26**ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS**

Cantidad	Descripción	Realizado
1	PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA E INTENSIFICADOR DE IMAGEN	

Radiografía de tórax.

Técnica: Se tomó proyección anteroposterior única en tórax.

Hallazgos:

Tráquea central con cánula de traqueostomía en buena posición.

Sonda esofágica con extremo distal proyectado en cámara gástrica.

Catéter subclavio derecho con extremo distal proyectado en unión atrio caval.

Botón aórtico denso asociado a placa de ateromatosis.

Silueta cardiaca aumentada de tamaño.

Pediculo vascular e hilos pulmonares de aspecto radiológico usual.

Mediastino no ensanchado.

Se aprecian opacidades intersticiales con reforzamiento peribroncovascular de distribución parahiliar bilateral, con signos de ocupación alveolar de aspecto consolidativo multilobar que compromete áreas subpleurales de ambos hemitórax a correlacionar con clínica de neumonía viral.

Borramiento del ángulo costodiafragmático derecho en relación con derrame pleural.

Osteopenia difusa.

Por lo demás, las estructuras óseas y tejidos blandos no muestran cambios con significancia patológica.

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

Cordialmente,

DR JUAN TORRES HERNANDEZ
MD RADIÓLOGO
RM 1316151
Magda Naranjo

NOTA: Recuerde que los exámenes de imagenología son un apoyo diagnóstico y su importancia radica en que deben ser analizados e interpretados por su médico tratante, teniendo en cuenta su cuadro clínico.

FECHA Y HORA DE APLICACION:13/02/2022 17:30:07 REALIZADO POR: JUAN CARLOS NARVAEZ SIERRA

1 RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)**Realizado**

PORTATIL

AHORA

Técnica: Se tomó proyección anteroposterior única en tórax.

Hallazgos:

Tráquea central con cánula de traqueostomía en buena posición.

Sonda esofágica con extremo distal proyectado en cámara gástrica.

Catéter subclavio derecho con extremo distal proyectado en unión atrio caval.

Botón aórtico denso asociado a placa de ateromatosis.

Silueta cardíaca aumentada de tamaño.

Pediculo vascular e hilos pulmonares de aspecto radiológico usual.

Mediastino no ensanchado.

Se aprecian opacidades intersticiales con reforzamiento peribroncovascular de distribución parahiliar bilateral, con signos de ocupación alveolar de aspecto consolidativo multilobar que compromete áreas subpleurales de ambos hemitórax a correlacionar con clínica de neumonía viral.

Borramiento del ángulo costodiafragmático derecho en relación con derrame pleural.

Osteopenia difusa.

Por lo demás, las estructuras óseas y tejidos blandos no muestran cambios con significancia patológica.

Cordialmente,

DR JUAN TORRES HERNANDEZ
MD RADIÓLOGO
RM 1316151
Magda Naranjo

NOTA: Recuerde que los exámenes de imagenología son un apoyo diagnóstico y su importancia radica en que

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 282 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

deben ser analizados e interpretados por su médico tratante, teniendo en cuenta su cuadro clínico.

FECHA Y HORA DE APLICACION:13/02/2022 17:32:27 REALIZADO POR: JUAN CARLOS NARVAEZ SIERRA

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	
1 NOCHE	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L	Pendiente
2 TARDE Y NOCHE	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	Pendiente
1 NOCHE	NITROGENO UREICO (BUN)	Pendiente
1 NOCHE	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	Pendiente

LEIDER ALEJANDRO ORTEGA BASTIDAS

Reg. 76327859/191331

CUIDADO CRITICO**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 656 **FECHA** 13/02/2022 10:01:16 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****FORMATOS****LISTA DE VERIFICACION PARA PROCEDIMIENTO PIEL SANA**

Seleccione y actualice el plan de cuidado en su turno

TURNOS

. [X]Mañana [-]Tarde [-]Noche

Riesgo de UPP según escala de Braden [-]SIN RIEGO [-]RIEGO BAJO [-]RIESGO MODERADO [X]RIESGO ALTO

Hidrata piel del paciente SI

Evita colonia o alcohol, sobre la piel SI

Uso de aceite de vaselina en prominencias óseas NO APLICA

Cambios de posición según protocolo SI

Elimina humedad excesiva SI

Evita baño en cama encharcado SI

Evita masajes en prominencias óseas y zonas de presión SI

Protección especial para zonas de riesgo (Cojines) SI

Evita antiséptico local para limpieza de úlceras SI

Evita curación oclusiva en zona de infección SI

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 283 de 293

Fecha: 24/03/22

G.eta: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 659 **FECHA** 13/02/2022 11:01:31 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

PACIENTE CON PAM 57 mmHg. CON GOTEIO DE NOREPINEFRINA EN 1.2 M G/KG/MIN Y FC 157 X MIN CON AGITACION PSICOMOTORA DADO QUE BAJARON LA SEDACION PARA MEJORAR LA HIPOTENSION. SE ORDENA INICIAR VASOPRESINA Y POSTERIOR AUMENTAR EL GOTEIO DE SEDOANALGESIA SEGUN RESPUESTA DE LA FRECUENCIA CARDIACA SE ORDENARA USO DE ANTIARRITMICO EV.

MD SANDRA GIRON

Evolución realizada por: LEIDER ALEJANDRO ORTEGA BASTIDAS-Fecha: 13/02/22 11:01:37**RECOMENDACIONES**

RECOMENDACIONES

N.O.M

VASOPRESINA AMP X 20 UI. DILUCION 20 UI/100 CC SSN, GOTEIO EV A 12 CC/HORA

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
24,00	1,00 AMPOLLAS	VASOPRESINA CLOROBUTANOL SOL INY 20 UI/ ML 20 UI/ML	INTRAVENOSO	1 Hora	NUEVO
DILUCION 20 UI/100 CC SSN, GOTEIO EV A 12 CC/HORA					

LEIDER ALEJANDRO ORTEGA BASTIDAS

Reg. 76327859/191331

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 660 **FECHA** 13/02/2022 11:04:10 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****TERAPIAS**

Cantidad	Descripción	Estado
1	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	Realizado

TR

NOTA RETROSPECTIVA

07+00 RECIBO PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS DE EDAD EN SERVICIO DE UCI-A, CON DIAGNOSTICOS MEDICOS DESCRITOS EN HISTORIA CLINICA, EN CAMA POSICION SUPINO, GLASGO /15, BAJO EFECTOS DE SEDOANALGESIA . CON SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO POR ENDOCANULA DE TRAQUEOSTOMIA EN MODO ASISTO CONTROL, VT 420 FR 20 FIO2 90% PEEP 5.8 CON PERIODOS DE DESACOPLE VENTILATORIO. TORAX NORMOLINEO, NORMOEXPANSIVO, PATRON RESPIRATORIO TORACOABDOMINAL .

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 284 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

DURANTE LA VALORACION SE ENCUENTRA TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE, PATRON RESPIRATORIO TORACOABDOMINAL, A LA PALPACION NO MASAS NI PUNTOS DOLOROSOS. DIAGNOSTICO FISIOTERAPEUTICO APTA PACIENTE CON DIAGNOSTICO FISIOTERAPEUTICO APTA DOMINIO CARDIOPULMONAR, PATRON C: DEFICIENCIA EN LA VENTILACION RESPIRATORIA, INTERCAMBIO DE GASES Y CAPACIDAD AEROBICA/RESISTENCIA ASOCIADA CON DISFUNCIONES DE LA LIMPIEZA DE LA VIA AEREA.

SE REALIZA TERAPIA RESPIRATORIA, PREVIO CINCO MOMENTOS DE LAVADO DE MANOS, CABECERA A 45 GRADOS, MONITORIA CONTINUA DE SIGNOS VITALES, ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DISPUESTOS PARA LA CONTINGENCIA DE COVID 19, SE MIDE PRESION DE NEUMOTAPOMNADOR EN 24CMH2O. SE PROSIGUE A REALIZAR MANIOBRAS DE HIGIENE BRONQUIAL Y CON SISTEMA DE SUCCION CERRADA Y LAVADO CON SSN SE ASPIRAN SECRECIONES EN MODERADA CANTIDAD DE TIPO MUCOIDES POR TQT, HIALINAS POR OROFARINGE, SE REALIZA CAMBIO DE HILADILLA Y CURACION A ESTOMA CON SSN, SE OBSERVA LIMPIO SIN SIGNOS DE INFECCION, SE DEJA CUBIERTO NUVAMENTE CON GASAS LIMPIAS Y SECAS, SE FINALIZA CON VIA AEREA PERMEABLE, ENDOCANULA DE TRAQUEOSTOMIA POSICIONDA. PACIENTE TOLERA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES,

FECHA Y HORA DE APLICACION: 13/02/2022 11:04:53 REALIZADO POR: AYDE PATRICIA RECALDE GETIAL

AYDE PATRICIA RECALDE GETIAL

Reg. 25291912

FISIOTERAPIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 662 **FECHA** 13/02/2022 11:20:00 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

SE ABRE FOLIO PARA CHEQUEO DE HISTORIA CLINICA

Nota realizada por: CLAUDIA ISABEL NOGUERA MELO Fecha: 13/02/22 11:20:02**CLAUDIA ISABEL NOGUERA MELO**

Reg. 59706556/522781

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 664 **FECHA** 13/02/2022 11:25:04 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**EVOLUCIÓN MÉDICO**

EVOLUCION UNIDAD CUIDADO CRITICO DIA NOTA RESTROSPECTIVA 8 AM

MEDICO INTENSIVISTA: DR ORTEGA

MANUEL FUELANTALA MD HOSPITALARIO

PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD 17 DIAS ESTANCIA ENUCI CON DIAGNOSTICOS DE TRABAJO:

- . INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA TIPO I
- . NEUMONIA GRAVE VIRAL POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022
- . CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR
- . POP TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA 09/2/22
- . NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS
- . FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXISTICA RESUELTA
- . TROMBO-EMBOLISMO PULMONAR DESCARTADO POR ANGIOTAC
- . ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUIRIENTE
- . ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL

PROCEDIMIENTOS:

- . TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA 09/02/22
- . INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL DESDE 28/01/2022
- . CVC 07/02/22

MICROBIOLOGIA:

12/02/21

- CULTIVO DE SECRECIÓN BRONQUIAL EN PROCESO
- GRAM: SEC BRONQUIAL

Resultado: Reacción Leucocitaria: Abundante. Bacilos Gram Negativos: Escasos

- HEMOCULTIVOS EN PROCESO

08/02/22

- HEMOCULTIVOS NEG 48 HS
- UROCULTIVO NEGATIVO
- SB BGN OXIDASA NEGATIVO PTE TIPIFICAR
- . 30/01/22 CULTIVO SECRECIÓN BRONQUIAL: NEG 24 HORAS
- . 26/01/22 CULTIVO DE SECRECIÓN BRONQUIAL NEGATIVO 48 HORAS
- . 26/01/22 HEMOCULTIVOS 1-2-3 NEGATIVOS A LAS 72 HORAS
- . 26/01/22 UROCULTIVO NEGATIVO
- . 26/01/22 BACILOSCOPIA EN SECRECIÓN BRONQUIAL NEGATIVA
- . Ag SARS-COV2 22-01- 2022 POSITIVO.

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**ANTIBIOTICOTERAPIA:**

. PIPERACILINA TAZOBACTAM DESDE 08/02/2022
. AMPICILINA SULBACTAM F.I. 26/01/2022 FF: 01/02/2022
. AZITROMICINA F.I. 26/01/2022 FF: 01/02/2022
OTROS MEDICAMENTOS:
. DEXAMETASONA FI 26/01/22 HASTA EL 05/02/2022

IMAGENES:

RADIOGRAFIA DE TORAX PORTÁTIL 10/02/22

CONCLUSIONES:

OPACIDADES ALVEOLARES BILATERAL Y CONSOLIDACIONES, ASOCIADA A DERRAME PLEURAL DERECHO, DE PROBABLE ETIOLOGÍA INFECCIOSA.
CORRELACIONAR EN CONTEXTO CLÍNICO.

EVENTOS

EN SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO
INESTABILIDAD HEMODINÁMICA CON SOPORTE VASOACTIVO
A FEBRIL EN LAS ÚLTIMAS 12 HORAS
CONTINÚA CON DISFUNCIÓN PULMONAR SEVERA
LEUCOCITOSIS Y NEUTROFÍLICA SOSTENIDA
ADECUADA FUNCIÓN RENAL

PARACLÍNICOS

GASES ARTERIALES ACIDOSIS RESPIRATORIA COMPENSADA, SIN TRASTORNO HIDROELECTROLÍTICO DEPURANDO LACTATO HEMOGRAMA CON
LEUCOCITOSIS NEUTRÓFILA SOSTENIDA , PRESENCIA DE ANEMIA MODERADA, CON ADECUADA FUNCIÓN RENAL

EXAMEN FISICO**SIGNOS VITALES**

TA 82/54 TAM 63 FC 136 FR 21 T 37,0 SAO2 94%

NEUROLOGICO:

PACIENTE BAJO SEDOANALGESIA RASS -4 SIN MOVIMIENTOS ANORMALES

CARDIOVASCULAR:

SOPORTE CON VASOACTIVO ADECUADA PERFUSIÓN DISTAL CON LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS. LLENADO YUGULAR NORMAL.
CORAZÓN RÍTMICO, SIN SOPLOS. EN EL VISOSCOPIO RITMO SINUSAL, SIN ALTERACIONES DEL ST, LA ONDA T. SIN EXTRASISTOLES NI
BLOQUEOS AV.

RESPIRATORIO:

TRAQUEOSTOMIA VENTILACION MODO AC VOL 420 PEEP 8 FLUJO 50 PM 13 PRESION PICO 26

SIN USO DE MÚSCULOS INTERCOSTALES. TÓRAX NORMOEXPANSIVO, SIN TIRAJES O RETRACCIONES. MURMULLO VESICULAR
DISMINUIDO, HIPOOVENTILADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES.

GENITOURINARIO:

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 287 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS CON DIURESIS POR Sonda VESICAL ORINA CLARA GASTOURINARIO 0.5 CC/KG/HORA Y
BALANACEACUMULADODE 9062 +

METABOLICO:

SOPORTE NUTRICIONAL CONGLUCERNA A 22 CC/HORA CON RESIDUO GASTRICO DE 500 CC GLUCOMETRIA 116 MG/DL

ABDOMEN NO DISTENDIDO, CON PERISTALTISMO CONSERVADO. BLANDO Y DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.

SE REGISTRAN 0 DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS

INFECCIOSO:

CON CRITERIOS DE SIRS

ACCESOS VASCULARES SIN SIGNOS LOCALES DE INFECCION

HEMATOLOGICO:

SIN SANGRADO

SIN TRASFUCIONES RECIENTES

PIEL:

MUCOSAS HÚMEDAS Y NORMOCROMICAS, ESCLERAS Y PIEL ANICTÉRICAS, PIEL ÍNTEGRA. EXTREMIDADES SIMÉTRICAS Y SIN EDEMAS, SIN
SIGNOS SUGESTIVOS DE TVP.

ANALISIS Y PLAN

PACIENTE EN LA SÉPTIMA DÉCADA DE LA VIDA QUIEN SE ENCUENTRA EN UN CONTEXTO DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
SECUNDARIA A NEUMONIA GRAVE POR SARS-COV2 CONFIRMADA, POR VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA REQUIRIÓ TRAQUEOSTOMÍA
ACTUALMENTE CONECTADO A VENTILACIÓN MECÁNICA CON ÍNDICES DE OXIGENACIÓN QUE SE MANTIENEN FUERA DE METAS AÚN CON
DISFUNCIÓN PULMONAR SEVERA Y PAFI EN DESCENSO, ADEMÁS DE INESTABILIDAD HEMODINÁMICA CON SOPORTE VASOACTIVO. A FEBRIL EN
LAS ÚLTIMAS 12 HORAS, SE ENCUENTRA EN MANEJO ANTIBIÓTICO PENDIENTE REPORTE DE HEMOCULTIVOS DE CONTROL.

EL DÍA DE HOY EN REVISTA MÉDICA SE DECIDE REALIZAR NUEVA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX CONTINUAR IGUAL MANEJO, REALIZAR GASES
ARTERIALES EN LA TARDE Y EN LA NOCHE HEMOGRAMA Y FUNCIÓN RENAL

PACIENTE CONTINÚA EN MONITORIZACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO POR SOPORTE VENTILATORIO, EL PACIENTE CON PRONÓSTICO
RESERVADO ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES Y DE FALLECER SE INFORMA A LOS FAMILIARES EL ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE QUIENES
REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, SE REALIZA ADEMÁS DURANTE SU ATENCION LAVADO DE MANOS EN LOS 5
MOMENTOS CORRESPONDIENTES, SEGUN LINEAMIENTOS PROTOCOLARIOS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES DEL MINISTERIO DE SALUD, POR
CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA SARS-COV2.

MANUEL FUELANTALA MDHOSPITALARIO RM 335/2013

Evolución realizada por: MANUEL MESIAS FUELANTALA PASTOS-Fecha: 13/02/22 11:25:11

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 288 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA**

Empresa: PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP- **Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3163407894 **Dirección:** CALLE 4 # 41-07
Barrio: AIDA LUCIA **Departamento:** CAUCA
Municipio: POPAYAN **Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS
Etnia: NINGUNA **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Responsable: MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**MANUEL MESIAS FUELANTALA PASTOS**

Reg. 15335

MEDICINA GENERAL**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 665 **FECHA** 13/02/2022 11:26:37 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

PACIENTE EN REGulares condiciones, en la mañana se realiza baño seco en cama, higiene bucal con enjuague de clorhexidina, limpieza de sonda vesical con clorhexidina solución, se brinda cuidados de enfermería y medidas de confort, se realiza cambio de posición, a la valoración de piel se observa equimosis en extremidades superiores por punciones anteriores, con alto riesgo de lesión en piel por su estancia en cama, continua con igual manejo médico...

Nota realizada por: AMALFI VELASCO NOGUERA Fecha: 13/02/22 11:27:06**AMALFI VELASCO NOGUERA**

Reg. 48600385/8119

AUXILIAR DE ENFERMERIA**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 667 **FECHA** 13/02/2022 13:29:57 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

PACIENTE EN QUIEN SE CUMPLIO ORDENES DE INICIO DE SEGUNDO VASOACTIVO Y AUMENTO DE SEDACION PERO PERSISTE RESPUESTA VENTRICULAR RAPIDA EN FA. ANTE LO QUE SE ORDENA BOLO DE AMIODARONA 300 MG EV DOSIS UNICA AHORA.

MD SANDRA GIRON.

Evolución realizada por: LEIDER ALEJANDRO ORTEGA BASTIDAS-Fecha: 13/02/22 13:30:37**RECOMENDACIONES**

RECOMENDACIONES

N.O.M

AMIODARONA AMP X 150 MG. APLICAR 300 MG EV EN BOLO AHORA

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
----------	-------	-------------	-----	------------	--------

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 289 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

2,00	2,00 AMPOLLAS	AMIODARONA CLORHIDRATO SOL INY 150 MG/3	INTRAVENOSO	Bolo	NUEVO
		ML 150MG/3ML			

LEIDER ALEJANDRO ORTEGA BASTIDAS

Reg. 76327859/191331

CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO** 670 **FECHA** 13/02/2022 13:58:11 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

NOTA EVALUATIVA UCI

PACIENTE EN CONDICIONES MUY CRITICAS CON TQT CONECTADO A VENTILACION MECANICA BAJO SEDACION A DOSIS ALTA EN DISTRES RESPIRATORIO AGUDO SEVERO DESACOPADO, TAQUICARDICO E HIPOTENSO, INESTABLE HEMODINAMICAMENTE CON INFUSION DE NORADRENALINA A 1.6MCG/KG PESO/MIN Y VASOPRESINA A 4UD/HORA QUE NO MEJORA A PESAR DE TRATAMIENTO CON CAMBIOS FIBROTICOS SEVEROS EN ULTIMO CONTROL RADIOLOGICO DEL DIA DE HOY QUIEN EN VISTA DE PERSISTIR DESACOMPLADO SE INDICA RELAJACION CON 50MG DE ROCUNORIO. PACIENTE ACTUALMENTE CON PRONOSTICO RESERVADO CON ALTA MORTALIDAD.

Evolución realizada por: FRANCISCO RAMON MARQUEZ OSORIO-Fecha: 13/02/22 13:58:19**FORMULA MÉDICA**

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 AMPOLLAS	BROMURO DE ROCURONIO AMPOLLA X 50 MG/5ML	INTRAVENOSO	Dosis Unica	NUEVO
		- ROCURONIO BROMURO. 50 MG			

FRANCISCO RAMON MARQUEZ OSORIO

Reg. 79552

CUIDADO CRITICO

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS**FOLIO 673 FECHA 13/02/2022 15:06:29 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION****EVOLUCIÓN MÉDICO**

NOTA MEDICO DE TURNO

PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD 17 DIAS ESTANCIA ENUCI CON DIAGNOSTICOS DE TRABAJO:

- . INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA TIPO I
- . NEUMONIA GRAVE VIRAL POR SARS COV-2 POR ANTIGENO 22-01- 2022
- . CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR
- . POP TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA 09/2/22
- . NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65: 2 PUNTOS
- . FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXISTICA RESUELTA
- . TROMBO-EMBOLISMO PULMONAR DESCARTADO POR ANGIOTAC
- . ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITOS TIPO 2 NO INSULINO REQUIRIENTE
- . ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL.

PACIENTE EN LA SÉPTIMA DÉCADA DE LA VIDA QUIEN SE ENCONTRABA EN UN CONTEXTO DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA **SECUNDARIA A NEUMONIA GRAVE POR SARSCOV2 CONFIRMADA** YA RECUPERADO POR TIEMPO DE EVOLUCION POR VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA REQUIRIÓ TRAQUEOSTOMÍA HOY EN MALAS CONDICIONES GENERALES CON ÍNDICES DE OXIGENACIÓN QUE SE MANTIENEN FUERA DE METAS AÚN CON DISFUNCIÓN PULMONAR SEVERA Y PAFI EN DESCENSO, ADEMAS DE INESTABILIDAD HEMODINÁMICA CON SOPORTE VASOACTIVO, BRADICARDIAS EXTREMAS PACIENTE CON POBRE RESERVA FISIOLÓGICA Y CONDICIONES CRÍTICAS IRREVERSIBLES A PESAR DEL MANEJO INSTAURADO CON TODOS LOS SOPORTES NECESARIOS SE ESPERABA UN DESENLASE FATAL

SIENDO LAS 14+ 55 PACIENTE HACE PARADACARDICA Y FALLECE**SE VERIFICAN SINGOS VITALES EN VISOSCOPIO:**

TA 0/0 FC 0 FR 0 T 34 SAO2 0%

REFLEJOS NEGATIVOS

SE DECLARA FALLECIDO Y SE INFORMA A FAMILIARES

SE DILIGENCIA CERTIFICADO DE DEFUNCION SERIAL NO 729858388

Evolución realizada por: MANUEL MESIAS FUELANTALA PASTOS-Fecha: 13/02/22 15:07:09**FORMULA MÉDICA**

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 VIAL	INSULINA GLARGINA PEN PRELLENADO 100 UI/ ML/3 ML LANTUS SOLOSTAR 100 UI/ML/3 ML	INTRAVENOSO	24 Horas	SUSPENDIDO
36 uisc día					
1,00	1,00 TABLETA	ESOMEPRAZOL TABLETA X 40 MG 40 MG	ORAL	24 Horas	SUSPENDIDO
CAD DIA					
18,00	6,00 VIAL	INSULINA GLULISINA PEN PRELLENADO EQ. A 300 UI SOL INYEC 100 UI/ML/3 ML (APIDR A SOLOSTAR) 100 UI	SUBCUTANEA	8 Horas	SUSPENDIDO

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 291 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaereo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

solso si glcumetrias superiro a 180

1,00	1,00 AMPOLLAS	HEPARINA DE BAJO PESO (ENOXAPARINA) SOL INY 60 MG/0.6 ML 60 MG/0.6 ML	SUBCUTANEA	24 Horas	SUSPENDIDO
------	---------------	---	------------	----------	-------------------

2,00	2,00 AMPOLLAS	AMIODARONA CLORHIDRATO SOL INY 150 MG/3 ML 150MG/3ML	INTRAVENOSO	Bolo	SUSPENDIDO
------	---------------	--	-------------	------	-------------------

24,00	1,00 AMPOLLAS	NOREPINEFRINA 4 MG/4ML SOLUCION INYECTAB LE 4MG/ML	INTRAVENOSO	1 Hora	SUSPENDIDO
-------	---------------	--	-------------	--------	-------------------

24,00	1,00 AMPOLLAS	VASOPRESINA CLOROBUTANOL SOL INY 20 UI/ ML 20 UI/ML	INTRAVENOSO	1 Hora	SUSPENDIDO
-------	---------------	---	-------------	--------	-------------------

DILUCION 20 UI/100 CC SSN, GOTEIO EV A 12 CC/HORA

4,00	1,00 FRASCO	ERITROMICINA (EQ. A 5%) SUS/ ORAL 250 M G/5ML/60 ML 250MG/5ML/60ML	ORAL	6 Horas	SUSPENDIDO
------	-------------	--	------	---------	-------------------

DAR 5 CC CADA 6 HORAS

4,00	1,00 AMPOLLAS	PIPERACILINA/TAZOBACTAM POLVO PARA RECON STITU 4.5G 4.5 G	INTRAVENOSO	6 Horas	SUSPENDIDO
------	---------------	---	-------------	---------	-------------------

1,00	1,00 AMPOLLAS	BROMURO DE ROCURONIO AMPOLLA X 50 MG/5ML - ROCURONIO BROMURO. 50 MG	INTRAVENOSO	Dosis Unica	SUSPENDIDO
------	---------------	---	-------------	-------------	-------------------

48,00	2,00 AMPOLLAS	FENTANILO CITRATO EQ. A FENTANILO SOLUCI ON INYECTABLE 0.5 MG/10 ML 0.5MG/10ML	INTRAVENOSO	1 Hora	SUSPENDIDO
-------	---------------	--	-------------	--------	-------------------

rass -3

288,00	12,00 AMPOLLAS	MIDAZOLAM SOLUCION INYECTABLE 5 MG/5 ML 5 MG	INTRAVENOSO	1 Hora	SUSPENDIDO
--------	----------------	--	-------------	--------	-------------------

RASS -3

8,00	2,00 TABLETA	ACETAMINOFEN TABLETA Ó CÁPSULA X 500 MG 500 MG	ORAL	6 Horas	SUSPENDIDO
------	--------------	--	------	---------	-------------------

si fiebre

24,00	8,00 UNIDAD	LEVOMEPRIMAZINA EQ. A 4% SOLUCION ORAL 40 MG/ML/20 ML 40MG/ML/20ML	ORAL	8 Horas	SUSPENDIDO
-------	-------------	--	------	---------	-------------------

8 CC CADA 8 HORAS

6,00	2,00 TABLETA	QUETIAPINA FUMARATO TABLETA RECUBIERTA 25 MG 25 MG	ORAL	8 Horas	SUSPENDIDO
------	--------------	--	------	---------	-------------------

2,00	1,00 TABLETA	ALPRAZOLAM TAB X 0.5 MG 0.5 MG	ORAL	12 Horas	SUSPENDIDO
------	--------------	--------------------------------	------	----------	-------------------

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 76028506

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 292 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaeo: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:** CALLE 4 # 41-07**Barrio:** AIDA LUCIA**Departamento:** CAUCA**Municipio:** POPAYAN**Ocupacion:** OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825

0.,5 MG VO CAADA 12 HS

1,00	1,00 TABLETA	TRAZODONA TABLETA 50 MG. 50 MG	ORAL	24 Horas	SUSPENDIDO
------	--------------	--------------------------------	------	----------	-------------------

720,00	1,00 LPC	GLUCERNA ALIMENTO ESPECIAL PARA PACIENTE S CON INTOLERANCIA A LA GLUCOSA 1.5 KCAL SUSPENSION 1000ML 1000 ML	OROGASTRICA	1 Hora	SUSPENDIDO
--------	----------	---	-------------	--------	-------------------

ADMINISTRAR 1224 CC EN 24 HORAS, POR Sonda OROGASTRICA. ALCANZAR PROGRESIVAMENTE EL VOLUMEN TOTAL SEGUN INDICACION DE NUTRICION

3,00	1,00 CAJA	CLORHEXIDINA DIACETATO O DIGLUCONATO ENJ UAGUE BUCA NO APLICA	BUCAL	8 Horas	SUSPENDIDO
------	-----------	--	-------	---------	-------------------

10 ML CADA 8 H INTUBADA


MANUEL MESIAS FUELANTALA PASTOS

Reg. 15335

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA LA ESTANCIA**Edad :** 68 AÑOS

FOLIO	675	FECHA 13/02/2022 16:21:50	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION
-------	-----	---------------------------	------------------	-----------------

Salida Clínica: 13/02/2022 16:23:54

DIAGNÓSTICO	J960	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	Tipo PRINCIPAL
DIAGNÓSTICO	E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE CO	Tipo RELACIONADO
DIAGNÓSTICO	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Tipo RELACIONADO
DIAGNÓSTICO	J189	NEUMONIA NO ESPECIFICADA	Tipo RELACIONADO
DIAGNÓSTICO	U071	ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA DEBIDO AL NUEVO CORONAVIR	Tipo RELACIONADO
DIAGNÓSTICO	U072	COVID-19 (VIRUS NO IDENTIFICADO)	Tipo RELACIONADO


MANUEL MESIAS FUELANTALA PASTOS

Reg. 15335

MEDICINA GENERAL

**CLINICA LA ESTANCIA S.A****817003166 - 1**

RHsClxFch

Pag: 293 de 293

Fecha: 24/03/22

G.etaero: 15

10527165**HISTORIA CLÍNICA No. CC 10527165 -- HENRY POLINDARA****Empresa:** PGP EPS SANITAS - HOSPITALARIO CONTRIBUTIVO [PGP-**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 10/05/1953 **Edad actual :** 68 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3163407894**Dirección:**

CALLE 4 # 41-07

Barrio: AIDA LUCIA**Departamento:**

CAUCA

Municipio: POPAYAN**Ocupacion:**

OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Etnia: NINGUNA**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** PREESCOLAR**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Responsable:** MARIA ERNINFA IDALGO GUZMAN**Teléfono:** 3154530825**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** MARIA IDALGO**Teléfono:** 3154530825**SEDE DE ATENCIÓN:**

001

CLINICA LA ESTANCIA

Edad : 68 AÑOS**FOLIO****676****FECHA 13/02/2022 16:28:23****TIPO DE ATENCIÓN****HOSPITALIZACION****NOTAS ENFERMERIA**

PACIENTE EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES CON REQUERIMIENTO DE DOBLE VASOACTIVO A DOSIS TOPE A PESAR DE LO CUAL PERSISTE HIPOTENSO, PRESENTA DECENSO EN SUS SIGNOS VITALES HASTA LA ASISTOLIA A LAS 2:55 PM
PACIENTE FALLECE

MEDICO DILIGENCIA CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

SE INFORMA FAMILIARES SE REALIZA ARREGLO DE CADAVER Y SE TRASLADA A LA MORGUE

Nota realizada por: CLAUDIA ISABEL NOGUERA MELO Fecha: 13/02/22 16:28:25**CLAUDIA ISABEL NOGUERA MELO****Reg. 59706556/522781****ENFERMERIA**