

No. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: RC 1188223915

No. ADMISIÓN: A20192380

NOMBRE PACIENTE: MENCO VALENCIA ANA SOFIA

EDAD: 3 AÑOS SEXO: FEMENINO

CIUDAD DE NACIMIENTO: BOGOTA D.C.

FECHA DE NACIMIENTO: 23/agosto/2016

NACIONALIDAD: COLOMBIANO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:

CIUDAD DE RESIDENCIA:

DEPAR. RESIDENCIA:

CL 21 C N 12 A - 57 INT 2 MANZANA

BOGOTA D.C.

Bogota D.C.

TEL. RESIDENCIA:

ESTADO CIVIL:

OCUPACIÓN:

3209575873

SOLTERO (A)

Pensionados, Estudiantes y Amas de Casa

DIRECCIÓN DE OFICINA

CIUDAD DE OFICINA:

DEPAR. OFICINA:

3209575873

BOGOTA D.C.

Bogota D.C.

TEL. OFICINA:

3118902815

PARENTESCO: MADRE

PERSONA RESPONSABLE: NANCY YAMILE VALENCIA 2

TELÉFONO RESIDENCIA: 3209575873

DIRECCIÓN RESIDENCIA: CLL 21C N. 12A 57 INT 2 MZ2

DATOS ADMISIÓN

PACIENTE DE	SECCIÓN	TIPO CAMA	No. HAB.	FECHA INGRESO	HORA INGRESO
				20/febrero/2019	19:23

MÉDICO HOSPITAL

MÉDICO TRATANTE:

79689965

ORDÓÑEZ ORDÓÑEZ LEONARDO ELIAS

ENTIDAD

NÚMERO DE CARNET

EPS SANTAS S.A.

000000010000000000000000

RECORRIBLES

000000000000000000000000

ÚLTIMAS ADMISIONES

000004703430000100000000

5

A20192380

R20191030

E201917902

E20199618

E2018154481

NOMBRE PACIENTE

MENCO VALENCIA ANA SOFIA

1188223915

A20192380

20/febrero/2019

No. HISTORIA CLÍNICA

No. ADMISIÓN

No. HAB

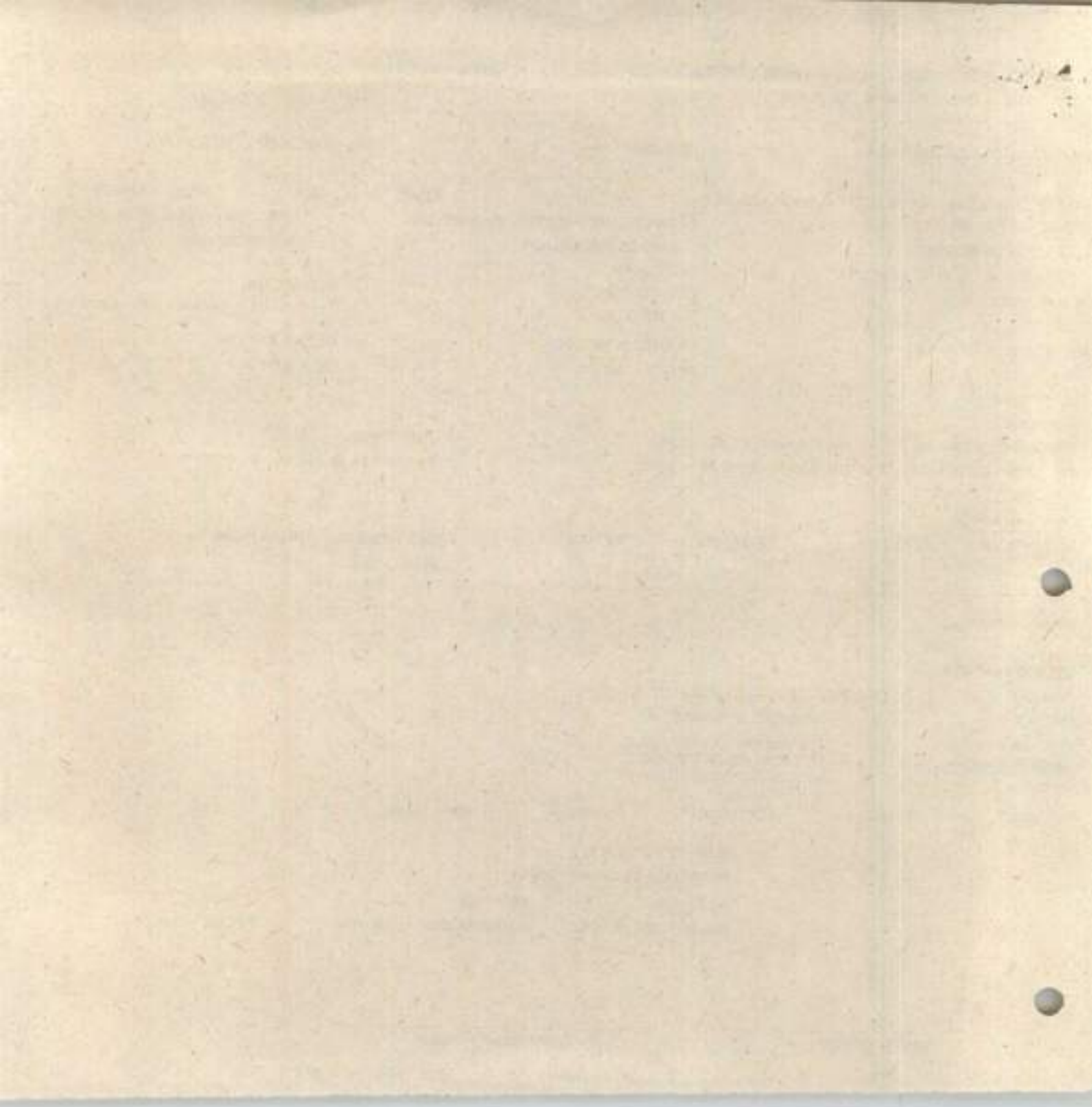
FECHA INGRESO

FIRMA PACIENTE

FIRMA RESPONSABLE

OPSALAMANC

20/febrero/2019 07:23 PM





1.188.223.915

jueves, 14 de febrero de 2019 - 14:55

VALORACIÓN PREANESTÉSICA - CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA



Paciente: ANA SOFIA MENDO VALENCIA
Entidad: - EPS SANITAS PES

H.C.: 1188223915
Contrato: 3105-39-159-5

Sexo: FEMENINO
Ocupación: hogar

Edad: 2 años, 5 meses
Informante: MAMA

PROCEDIMIENTO PROGRAMADO: (DERECHO) IMPLANTE COCLEAR OIDO DERECHO

ANTECEDENTES

- Quirúrgicos: EXANGUINOTRANSFUSION
- Anestésicos: NO
- Alergias: NINGUNA CONOCIDA
- Farmacológicos: CLONAZEPAN GOTAS EN LA NOCHE
- Patológicos: SECUELAS KERNICTERUS, HIPERTONIA GENERALIZADA, VACUNACION COMPLETA, MADRE TUVO PRECLAMPSIA SEVERA, PARTO POR CESAREA A LAS 36 SEMANAS. RETRASO SEVERO PSICOMOTOR
- Tóxicos: NO
- Transfusionales: NO SIN REACCIÓN TRANSFUSIONAL
- Otros: NO

REVISIÓN POR SISTEMAS

Dependencia funcional: TOTALMENTE DEPENDIENTE

EXAMEN FÍSICO

PANI: / mmHg FC: 116 lpm FR: rpm SpO₂: % TEMP: °C
Peso: 10 kg Talla: cm IMC: kg/m² Superficie corporal: .47 m² Peso ideal: kg Peso magro: kg

- Estado general: BUENO Glasgow: 15/15
- Cabeza y cuello: Lentes de contacto: NO; Prótesis dentales: NO; Dientes flojos: NO;
- Riesgo de Vía Aérea Difícil: **BAJO**
- Cardiopulmonar: Ruidos cardíacos: RÍTMICOS; SIN SOPLOS - Auscultación pulmonar: NORMAL -
- Abdomen: NO SE EXPLORA -
- Extremidades y dorso: NO SE EXPLORA -
- Neurológico: NO SE EXPLORA -
- Otros hallazgos:

PARACLÍNICOS

DIAGNÓSTICOS: H905 - (HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL SIN OTRA ESPECIFICACION)

RIESGOS PERIOPERATORIOS

- Riesgo NVPO: - Sin opioide PostOP: ≥ 2 PTS → ≥ 43% (NNH 2)
- Con opioide PostOP: ≥ 3 PTS → ≥ 61% (NNH 1)

RECOMENDACIONES

- NINGUNO PRE-OPERATORIO SEGÚN PROTOCOLO (MAYOR A 6 HORAS)
- SE EXPLICAN TÉCNICAS ANESTÉSICAS Y POSIBLES COMPLICACIONES EN TÉRMINOS QUE MANIFIESTA ENTENDER
- GENERALES: NAÚSEA, VÓMITO, ESCALOFRÍO, ALERGIAS, ZONAS DE PRESIÓN, LESIONES OCULARES
- CARDIOVASCULAR: INFARTO CARDIACO, EVENTO CEREBROVASCULAR, EMBOLISMO PULMONAR, ARRITMIAS, PARO CARDIACO, MUERTE
- SE ENTREGAN RECOMENDACIONES POR ESCRITO
- SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANESTESIOLOGA: CRISTINA ALEXANDRA BENAVIDES CARO - REGISTRO MÉDICO: 52074401

FIRMA: _____

C. Benavides

FIRMA DIGITAL:
ANESTESIOLOGA: CRISTINA ALEXANDRA BENAVIDES CARO
REGISTRO MÉDICO: 52074401

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS

1. Yo, identificado como aparece al pie de mi firma, por la presente autorizo a los anestesiólogos del Departamento de Anestesiología de **CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA**, a realizar en mí o en el/la paciente **ANA SOFIA MENDO VALENCIA**, con documento de identificación **RC 1188223915**, el procedimiento anestésico adecuado para la siguiente intervención quirúrgica o procedimiento diagnóstico:

(DERECHO) IMPLANTE COCLEAR OIDO DERECHO

2. El anestesiólogo, **CRISTINA ALEXANDRA BENAVIDES CARO**, me ha explicado la naturaleza y el propósito del acto anestésico. También me ha informado de las ventajas, complicaciones, molestias y riesgo que pueden producirse, así como las posibles alternativas de los diferentes métodos y técnicas anestésicas. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.

3. Entiendo que en el curso de los procedimientos anestésicos pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si el equipo de trabajo del Departamento de Anestesiología a cargo del procedimiento anestésico lo considera necesario.

4. Reconozco que me ha informado que el acto anestésico, practicado con los debidos cuidados, puede producir efectos colaterales tales como: dolor de cabeza, mareo, náuseas, vómito, inflamación en el sitio de la venopunción, dolor de garganta, disfonía (ronquera), excoiraciones o lesiones de la piel, en los dientes, en las mucosas, retención urinaria, reacciones alérgicas, y lesiones por la(s) posición(es) necesaria(s) para realizar la cirugía o el procedimiento diagnóstico, además de otras complicaciones asociadas al procedimiento, y a las patologías (enfermedades) previas. La muerte es una complicación muy rara, pero posible, más relacionada con estados clínicos (patologías o enfermedades) de alto riesgo, que con la anestesia. Las más comunes de las complicaciones adicionales por la naturaleza del procedimiento y factores puntuales de mi caso (o del/la paciente) para las que se procurarán estrategias preventivas son:

5. Comprendo y acepto que el equipo de salud de **CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA**, tendrá acceso a mi historia clínica como medio de consulta o revisión de casos, durante las labores formativas que se desarrollen en virtud de los convenios docente-asistenciales celebrados entre instituciones de educación superior y **CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA**, bajo el entendido que dicho acceso será coordinado exclusivamente por el personal médico que tenga el reconocimiento como docente del respectivo programa académico, con total respeto y observancia de las disposiciones legales que regulan el manejo de esta información confidencial.

6. Certifico que he leído y comprendo perfectamente lo anterior y todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi libre albedrío y conozco mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento.

Fecha de diligenciamiento: JUEVES, 14 DE FEBRERO DE 2019

PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

TESTIGO

Firma: Nory Yamile Valencia

Firma: _____

Nombre: Nory Yamile Valencia

Nombre: _____

Documento de identidad: Tipo(1) CC No 32.330.253

Documento de identidad: Tipo(1) _____ No _____

Certifico que he explicado todos los posibles riesgos de anestesia y que el/la paciente/tutor manifiesta(n) comprender completamente.

MÉDICO ANESTESIOLOGO

Fecha de diligenciamiento: JUEVES, 14 DE FEBRERO DE 2019

Firma: 

Nombre: **CRISTINA ALEXANDRA BENAVIDES CARO**

Registro médico: **52074401**

DATOS DEL PACIENTE

Nombre (Apellidos y nombres)

MENCO VALENCIA ANA SOFIA

Empresa

Edad

Día(s)
Mes(es)
Año(s)

Sexo

☐ F ☐ M

Especialidad(es) quirúrgico

RC 1188223915

Intero a realizar

ANTECEDENTES

- Anestésicos General No. Regional No. Última anestesia hace:
- Complicaciones
- Alérgicos
- Farmacológicos
- Hemorrágicos
- Patológicos
- Quirúrgicos
- Tóxicos
- Transfusionales
- Otros (familiares)

Ver Furoto Ingreso

John Paredes M.D.
Anestesiólogo Cardiovascular
RM 91491390

REVISIÓN POR SISTEMAS

Diseño ☐ SI ☐ No Grado Angina ☐ SI ☐ No Grado
Palpitaciones ☐ SI ☐ No Precipitados por
Pulmonar Tos ☐ SI ☐ No Periodicidad de la tos
SNC o Glasgow Otros síntomas

EXAMEN FÍSICO

Presión arterial ☐ Sentado ☐ Decúbito Frecuencia cardíaca Frecuencia respiratoria Temperatura Pulsoximetría Peso Talla IMC
mmHg latidos / min Respirac. / min °C % Kg m
Cabeza:
Lentes de contacto ☐ SI ☐ No Prótesis ☐ SI ☐ No
Cuello normal ☐ SI ☐ No Removible ☐ SI ☐ No
Masas ☐ SI ☐ No Dientes flojos ☐ SI ☐ No
Pulsos ☐ Normal ☐ Anormal Apertura ☐ Normal ☐ Anormal
Probabilidad vía aérea difícil ☐ Alta ☐ Medía ☐ Baja Otros
Tórax:
Ruidos cardíacos ☐ Rítmicos ☐ Anrítmicos
Soplos ☐ SI ☐ No
Características del soplo
Auscultación pulmonar ☐ Normal ☐ Anormal
Especifique:

Abdomen

Extremidades

Otros hallazgos (FUR: si edad reproductiva)

EXÁMENES DE LABORATORIO

EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO

Resultado	Fecha del examen
Hemograma	01 08 2017
Creatinina	01 08 2017
Nitrógeno ureico	01 08 2017
Glicemia	
Albúmina	
Plaquetas x 1000	
Electrocardiograma	
Rayos X de tórax	
Otros estudios	

Diagnóstico(s)

Clasificación ASA:

Recomendaciones

Anestesiólogo

Nombre

Firma

EVALUACIÓN PREVIA A LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA

Fecha 01 08 2017 PA: mmHg FC: latidos / min Ayuno: hrs SpO2% Recibió medicaciones CV/Anestésicas:

Notas relevantes:

Técnica / Intervenciones propuestas:

Firma y Sello:

REGISTRO
INTRAOPERATORIO

Forster	21	02	7027
---------	----	----	------

Amniotobolus
Circulus
Diaphanos
Procedimientos

RM-91491390

Premedication
Gefapixins / 6-1
Painkillers / 1000

Eventus - Dallas International

MONITORIA

<input checked="" type="checkbox"/>	PA66	<input checked="" type="checkbox"/>	Respiratoire	<input checked="" type="checkbox"/>	SpO ₂	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	PAU Artérielle	<input type="checkbox"/>	Diuresis	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Captopografia	<input checked="" type="checkbox"/>	Analisis ST	<input checked="" type="checkbox"/>	diastolic pressure	<input checked="" type="checkbox"/>	EKG	<input checked="" type="checkbox"/>
1 st central / pol	<input type="checkbox"/>	PVC / Premature	<input type="checkbox"/>	pulmonares	<input type="checkbox"/>	BIS	<input type="checkbox"/>
Quiesc espaldas	<input type="checkbox"/>	Estimulador	<input type="checkbox"/>	Neuro perf. test	<input type="checkbox"/>	PIC	<input type="checkbox"/>
QTORS							
				diastolic pressure	<input type="checkbox"/>	TEE	<input type="checkbox"/>
				diastolic pressure	<input type="checkbox"/>	TEE	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> Políptico	<input type="checkbox"/> Calentador 1,1V
<input type="checkbox"/> Máquina cosedora	<input type="checkbox"/> ONI
<input type="checkbox"/> Protección ocular	<input type="checkbox"/> Medidas antisísmicas
<input checked="" type="checkbox"/> Verificación puntas de presión lapso	

UNIDAD DE CUIDADO POSTANESTÉSICO

Hora de ingreso <i>9:40</i>	Complicaciones IOP	
INGRESA CON <input checked="" type="checkbox"/> Venas <input type="checkbox"/> Arteria <input type="checkbox"/> Hemovac	<input type="checkbox"/> Catéter Peridural <input type="checkbox"/> Catéter Central <input type="checkbox"/> Sonda Vesical <input type="checkbox"/> Tubo Endotraqueal	<input type="checkbox"/> Tubo de Tórax <input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica Drenaje <input type="checkbox"/> Otro(s), ¿Cuál(es)? _____

SIMBOLOS		HORA
V	Presión Arterial	
Δ	Frecuencia Cardíaca	

ESCALA DE ALDRETE		Paciente Hospitalizado											
		Paciente ambulatorio											
	SpO ₂	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
	Circulación	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Respiración	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Movimiento	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Conciencia	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Dolor	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Sangrado	✓							2	2	2	2	2
	Desambulación	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ingesta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Diuresis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TOTAL		13	13	13	13	13	13	19	14	14	14	14	14

SCORE BROMAGE

SCORE RAMSAY

[illegible]

GASES SANGUÍNEOS							
Hora	pH	pCO ₂	pH ₀₂	HCO ₃	SAT	BE	LACT

[illegible]

LÍQUIDOS ELIMINADOS					
Hora					TOTAL
Líquido					

[illegible]

HORA DE SALIDA: 1400

¿Cumple criterios AHA (estado similar o mejor al presentar/diagnóstico)? ☒ SI ☐ NO

MANEJO INYOP:

<input type="checkbox"/> Tto. PCP	<input type="checkbox"/> Profilaxis	<input type="checkbox"/> NA
<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Opioides ora	<input type="checkbox"/> Opioides Neurológico
<input type="checkbox"/> PCEA	<input type="checkbox"/> Peldurel T	<input type="checkbox"/> Bloqueo DU
<input type="checkbox"/> AZES	<input type="checkbox"/> Peldurel L	<input type="checkbox"/> Bloqueo Inf
<input type="checkbox"/> O ₂	<input type="checkbox"/> Profilaxis TVP	<input type="checkbox"/> Precauciones efectos Bloqueo

Otras recomendaciones

Dr. GONZALEZ LEON
19/01/2018
INTERVISTA

~~JUAN MARTIN GONZALEZ LEON
FIRM. R.M. 1941008
ANESTESIOLOGO Y UROLOGISTA~~

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

Enfermera Jefe:

Observaciones:

PERMISO PARA PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS

1. Yo, _____ identificado con documento de identidad, Tipo _____
 No _____ de _____ por la presente autorizo a los Anestesiólogos del Departamento de
 Anestesiología de CLÍNICA COLSANITAS S.A., a realizar en mí o en el(la) paciente _____
 el procedimiento anestésico adecuado para la siguiente intervención quirúrgica _____

2. El Anestesiólogo, Dr. _____ me ha explicado la naturaleza y propósito del acto anestésico;
 también me ha informado de las ventajas, complicaciones, molestias y riesgos que puedan producirse, así como las posibles alternativas de los
 diferentes métodos anestésicos. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y han sido contestadas satisfactoriamente.

3. Entiendo que en el curso de los procedimientos anestésicos puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos
 adicionales. Por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si el anestesiólogo arriba mencionado o su equipo de trabajo lo
 juzgan necesario.

4. Reconozco que me ha informado que el acto anestésico, practicado con los debidos cuidados, puede producir efectos colaterales tales como: dolor de
 cabeza, mareo, náuseas, vómito, inflamación del sitio de la venopunción, dolor de garganta, disfonía (ronquera) escoriaciones o lesiones en la piel, en los
 dientes, en mucosas, retención urinaria, reacciones alérgicas; y lesiones por la(s) posición(es) necesaria(s) para realizar la cirugía además de otras
 complicaciones asociadas al procedimiento, y a las patologías previas. La muerte es una complicación muy rara, pero posible, más relacionada con
 estados clínicos de alto riesgo, que con la anestesia. Las más comunes de las complicaciones adicionales por la naturaleza del procedimiento y factores
 puntuales de mi caso (o del paciente) para las que se procurarán estrategias preventivas son:

Ver punto 4

*John Paredes M.D.
 Anestesiólogo Cardiorrespiratorio
 RM 01491380*

5. Comprendo y acepto que el equipo de salud de la Clínica _____ tendrá acceso a mi historia
 clínica como medio de consulta y/o de revisión de casos, durante las labores formativas que se desarrollen en virtud de los convenios docente-
 asistenciales celebrados entre instituciones de Educación superior y la Clínica Colsanitas S.A., todo el entendido que dicho acceso será coordinado
 exclusivamente por el personal médico que tengan el reconocimiento como docente del respectivo programa académico, con total respeto y observancia
 de las disposiciones legales que regulan el manejo de esta información confidencial.

6. Certifico que he leído y comprendo perfectamente lo anterior y todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y me encuentro en
 capacidad de expresar mi libre albedrío y conozco mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento.

Fecha de diligenciamiento: DD MM AAAA

PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

Firma: _____
 Documento de identidad Tipo _____ No. _____

TESTIGO

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

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

MÉDICO ANESTESIOLOGO

Firma: _____
 Sello: _____

Fecha de diligenciamiento: DD MM AAAA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O
PROCEDIMIENTO ESPECIAL EN MENOR DE EDAD

1. Yo YAMILE VALENCIA en mi condición de MADRE (padre) menor MENCO VALENCIA ANA SOFIA de 2 Años de edad, autorizo al Doctor:

Y a los asistentes de su elección en la Clínica Consanitas S.A., a practicar en ella(s) menor MENCO VALENCIA ANA SOFIA las siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial(es):

1. Implantación o sustitución de prótesis coclear SOD derecho (s)

2. El Doctor Leonardo E. Jordonoz O.

me ha explicado la naturaleza y propósito de la intervención quirúrgica o procedimiento especial, también me ha informado de los riesgos, beneficios y posibles alternativas, en particular los siguientes:

1. SANGRADO, INFECCIÓN, LESIÓN DEL NERVO FACIAL, ALTERACIÓN DEL GUSTO
FISTULA DE LIQUIDO CEREBRAL, MENINGITIS, VERTIGO
NECESIDAD DE NUEVA CIRUGIA
COMPLICACIONES ANESTESICAS, MUERTE

3. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente, así mismo se me ha explicado que no es posible garantizar los resultados esperados con la intervención.

4. Entiendo que en el curso de la intervención quirúrgica o procedimiento especial pueden presentarse situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales. Por lo tanto, autorizo la realización de estos procedimientos si el médico arriba mencionado lo juzga necesario.

5. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MAN YONE VECIA

Firma del Tutor legal o Familiar del(a) menor

C.C. 925302533

Testigo

C.C.

Dirección:

Teléfono:

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos y alternativas del (los) procedimiento (s) quirúrgico (s) en el numeral 1 y he contestado todas las preguntas que el paciente y/o su familia han formulado.

Leonardo E. Jordonoz O.

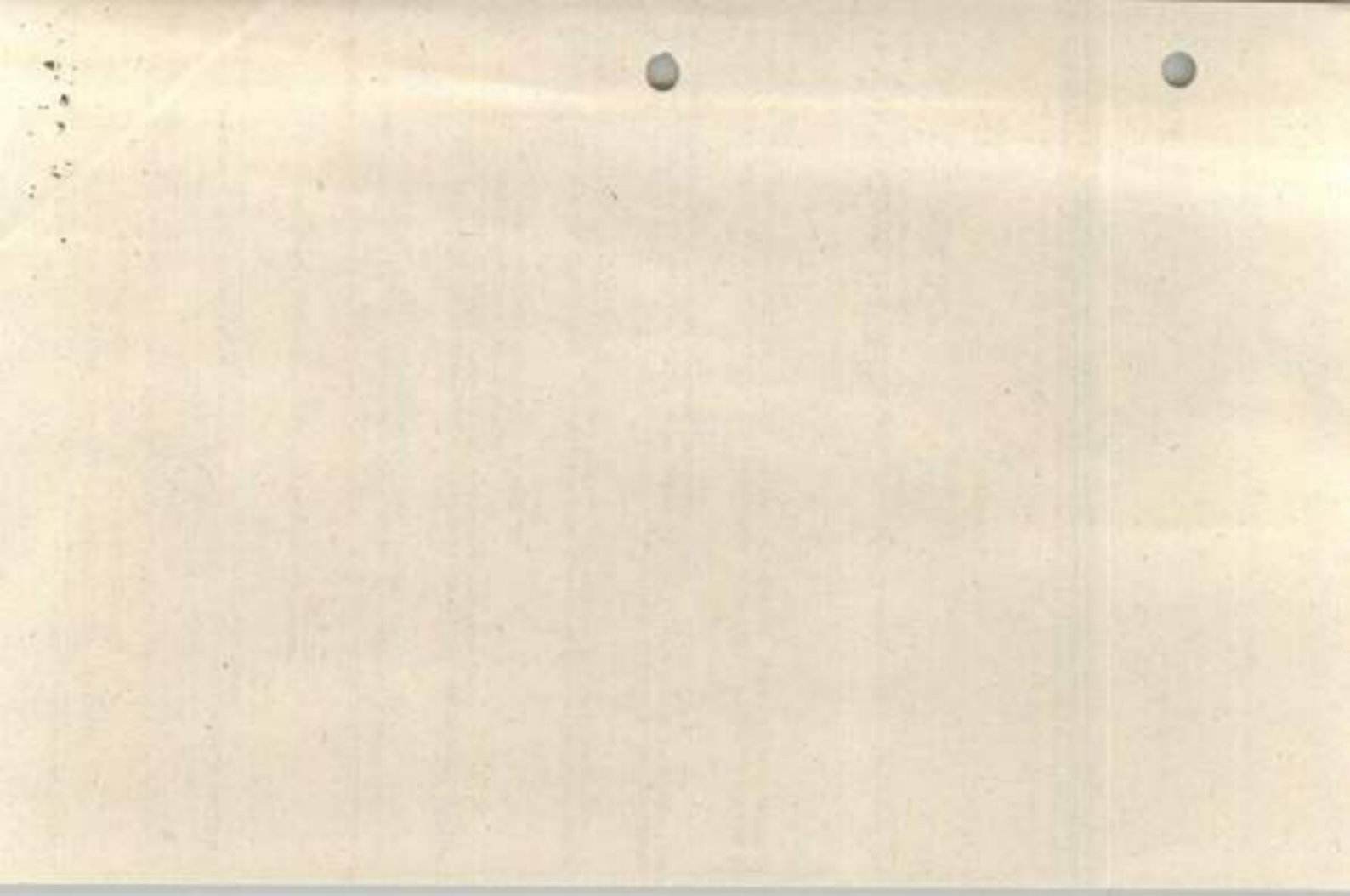
OTOLINGÜICA Y OTOLOGÍA

Firma y Número del Registro del Médico

C.C.

Fecha: 05/02/2019

Original



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

I. INFORMACIÓN SOBRE ACTIVIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

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

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

II. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES FRECUENTES

Dentro de las actividades más frecuentes están:

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

4. **Administración de medicamentos y líquidos endovenosos:** Procedimiento por el medio del cual se introducen al organismo por diferentes vías (oral, intradérmica, subcutánea, intramuscular, endovenosa, rectal y tópica) medicamentos. El personal de enfermería administra los medicamentos prescritos por los médicos tratantes, en las dosis, frecuencias y vías que ellos indican. Existen medicamentos que pueden producir algunas molestias, riesgos o reacciones, tanto por su composición y efectos como por la vía de administración. Es responsabilidad del personal de enfermería informar previamente el nombre del medicamento y posibles efectos de los mismos. Se sugiere al paciente y/o a su representante manifestar oportunamente sus dudas para que le sean resueltas e informar las posibles molestias (dolor, calor, rubor, inflamación, brote en el sitio de la punción o en el trayecto del medicamento) al personal de enfermería.
5. **Higiene, aseo y confort del paciente:** Es el conjunto de medidas de limpieza encaminadas a proporcionar apoyo, bienestar físico y conservar la salud del paciente.
6. **Valoración de signos vitales:** Es la forma de determinar los valores de las funciones básicas del cuerpo. Se mide el pulso, la temperatura, la frecuencia o ritmo respiratorio y la presión arterial. Esta actividad se realiza de forma puntual o periódica, de acuerdo a la necesidad del paciente. Se requiere la utilización de algunos equipos para su ejecución: Termómetro, tensiómetro, fonendoscopio, pulsoxímetro, monitores, entre otros.
7. **Inserción de sondas:** Dependiendo del estado del paciente, puede requerirse el uso de una sonda gástrica o de nutrición enteral para alimentación (sondas que se insertan desde la boca o las fosas nasales hasta la cavidad gástrica). Así como la sonda vesical, la cual se inserta a través del meato urinario hasta la vejiga.
8. **Habilitación de catéteres para quimioterapia:** Los sistemas de catéteres implantables y centrales tipo venoso, proveen acceso vascular seguro para la administración repetida de fármacos y otras sustancias. La adecuación del sistema implantable se realiza mediante la punción de la cámara ubicada debajo de la piel. La habilitación del catéter central no requiere punción, se permeabiliza por la introducción de suero fisiológico por una de sus vías. El procedimiento es realizado por el personal de enfermería experto en el manejo de este tipo de catéteres. Puede conllevar los siguientes riesgos: infección, hematoma, equimosis e infiltración del medicamento en tejidos cercanos.
9. **Catéter central de inserción periférica:** Es un catéter que se inserta en una de las grandes venas del brazo o antebrazo y se lleva a una de mayor calibre cercana al corazón. El procedimiento es realizado por Enfermeras profesionales expertas. Puede conllevar riesgos como: dolor, infección, hematoma, equimosis, sangrado en el sitio de inserción e infiltración.
10. **Sujeción terapéutica:** Es la forma de restringir los movimientos del paciente con el fin de evitar autolesiones o daño a terceros en pacientes agitados o sedados. Se realiza por indicación médica, mediante el uso de sujetadores de tela en cuatro o cinco puntos del cuerpo.

Este procedimiento puede conllevar las siguientes complicaciones: lesión de tejidos blandos por presión o roce con los codos, hombros, crestas ilíacas, región sacra o talones y disminución de la perfusión periférica.

11. **Tecnología y dispositivos médicos:** Son los insumos y equipos que se emplean de forma rutinaria para la realización de todas las actividades propias de enfermería con el objeto de garantizar la atención segura, oportuna y de calidad requerida por el paciente, por ejemplo bombas de infusión, inyectores, monitores entre otros.
12. **Acompañamiento en traslados intrahospitalarios:** Para los traslados intrahospitalarios como por ejemplo los desplazamientos al baño para actividades de higiene y aseo personal, deambulación y traslado a otros servicios se brindará el acompañamiento por parte del personal de enfermería. En todo caso se resalta que la familia y/o los representantes del paciente deberán designar un cuidador que de forma permanente lo acompañe durante su estancia en la clínica. Este cuidador deberá solicitar a través del *timbre de llamado* la asistencia de enfermería cada vez que se requiera movilizar al paciente.

III. DECLARACIÓN DE VOLUNTAD:

Yo, Ana Sofía Meno, número _____ de CUC **AUTO** al personal de enfermería de la CUC para que durante el proceso de atención se realicen los procedimientos(s) de enfermería antes descritos, en mi condición de paciente o en el paciente _____ de quien soy representante, conforme a lo ordenado por el médico tratante. Por lo anterior, se **DECLARA** en forma **LIBRE Y VOLUNTARIA** que:

MENCO VALENCIA ANA SOFIA

RC 1188223915

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

6. He recibido y comprendido toda la información respecto a los procedimientos de enfermería antes descritos incluyendo sus riesgos y complicaciones. SI ☐ NO ☐
7. Me fue informado que la historia clínica de la atención puede ser utilizada para fines académicos y epidemiológicos, guardando siempre la confidencialidad y reserva frente a la información. SI ☒ NO ☐
8. Se me explicó que en caso de movilización se debe solicitar apoyo del familiar, enfermera particular y/o acompañante y avisar al personal de enfermería de la institución. SI ☒ NO ☐
9. Se me explicó que al salir el familiar, enfermera particular y/o acompañante de la habitación, las barandas deben quedar y permanecer arriba, el timbre de llamado cerca e informar al personal de enfermería para que tomen las medidas necesarias. SI ☐ NO ☐
10. Se me explicó que la enfermera particular, el familiar y/o el cuidador que sea designado por la familia, debe movilizar al paciente acompañado siempre por personal de la institución. SI ☒ NO ☐
11. Todos los espacios en blanco de este documento han sido diligenciados antes de mi firma. SI ☐ NO ☐

Una vez explicados todos los procedimientos de enfermería y resueltas satisfactoriamente mis inquietudes y preguntas por parte de Enfermero, y en consecuencia leída y entendida la presente DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO, firmo en señal de mi aceptación.

Paciente / Tutor* / Autorizado*

Nombre Yomir Yabancá Firma Yomir Yabancá

Documento de identidad _____

*Parentesco del responsable _____

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

Firma _____

Documento de identidad _____

Fecha en el que se firma 21 de 7 del año 2019

Ciudad _____

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

CLINICA COLSANITAS S.A. - CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA

HISTORIA CLÍNICA NÚMERO 1188223915

GENERADO: 21/02/2019 09:30

PACIENTE : ANA SOFIA MENDO VALENCIA IDENTIFICACIÓN : RC 1188223915
 ADMISIÓN : A 2019 2380 SEXO : FEMENINO EDAD : 2
 ENTIDAD : EPS SANITAS S.A. (RECOBRABLES) FECHA : 20/02/2019 HORA : 19:23

HOJA QUIRÚRGICA

EQUIPO MÉDICO

ANESTESIOLOGO JOHN CARLOS PAREDES SIERRA
 AYUDANTE DIANA CAROLINA MALDONADO VASQUEZ
 CIRUJANO LEONARDO ELIAS ORDOÑEZ ORDOÑEZ
 INSTRUMENTADOR ANDREA CATALINA DIAZ VELEZ

DIAGNÓSTICOS

TIPO	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO
PREOPERATORIO	H90.5	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, SIN OTRA ESPECIFICACION
POSTOPERATORIO	H90.5	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, SIN OTRA ESPECIFICACION

NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN

(209603) IMPLANTACION O SUTITUCION DE PROTESIS COCLEAR

INICIO DE CIRUGÍA: 2019/02/21 8:1 FIN DE CIRUGÍA: 2019/02/21 9:20 TIEMPO QUIRÚRGICO: 1 Horas 19 Minutos

TIPO DE CIRUGÍA: LIMPIA SANGRADO: 5 CC CONTEO: Completo

TEJIDOS ENVIADOS A PATOLOGÍA

NO

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS

PROCEDIMIENTO REALIZADO:

1. IMPLANTACION O SUTITUCION DE PROTESIS COCLEAR - CODIGO: 209603 - PAQUETE

HALLAZGOS:

OIDO DERECHO:

MASTOIDES BIEN VENTILADA, NEUMATIZADA, COCLEA PERMEABLE SE PRESERVA NERVIO CUERDA DEL TIMPANO.
VENTANA REDONDA PERMEABLE, COCLEA PERMEABLE- SOFT SURGERY: INSERCIÓN COMPLETA DE 16 ELECTRODOS. IMPLANTE HIRES 90 K ADVANTAGE CI HIFOCUS MS
ELECTRODE REF: CI-1600-04

- RESPUESTAS NEURALES ADECUADAS EN LOS 16 ELECTRODOS (IMPLANTE COCLEAR ADVANCE BIONICS).

-ADECUADA TELEMETRIA

-SE UTILIZO CLARITROMICINA E EN IRRIGACION PARA PREVENIR BIOFILMS

-SE USO MONITOR DE NERVIO FACIAL CON ADECUADA RESPUESTA A LA ESTIMULACION A 0.8 CON RESPUESTA DE 27812 MV LO QUE SE INTERPRETA COMO INTEGRIDAD DEL NERVIO FACIAL

AB

VALENCIA, CALIFORNIA- EEUU

MEDINISTROS - COL
CALLE 72 22-42 3ER PISO
3158328829

PROCEDIMIENTO

Hires™ Ultra CI 16Focus™
MS Electrode

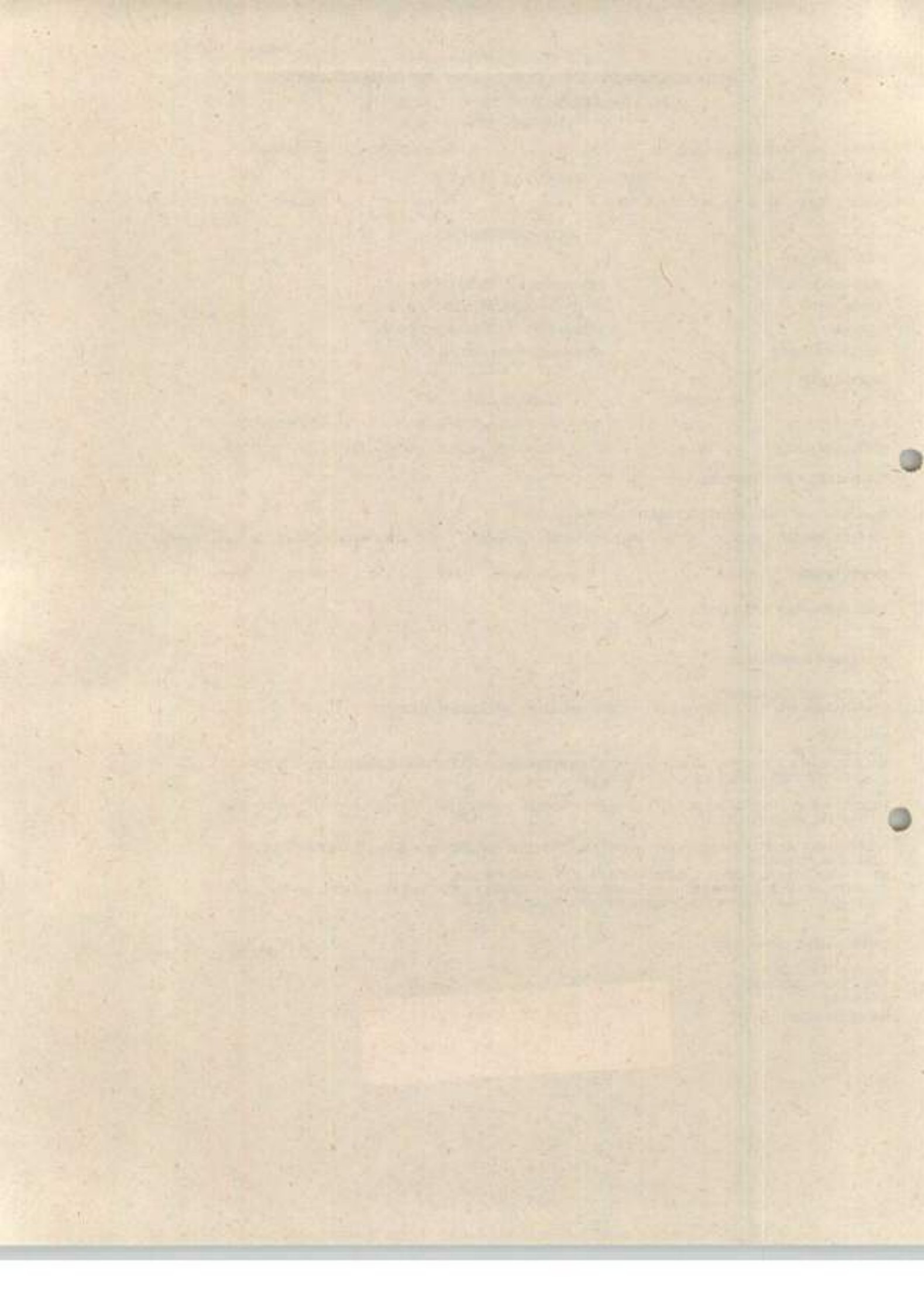
REF CI-1600-04

SN 1005018



2020-04-30

Leonardo E. Ordóñez O.
OTOLOGIA / NEUROLOGIA
OTORRINO LARINGOLOGIA
R.M. 79.629-365



CLINICA COLSANITAS S.A. - CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA

HISTORIA CLÍNICA NÚMERO 1188223915

GENERADO: 21/02/2019 09:30

PACIENTE : ANA SOFIA MENDO VALENCIA IDENTIFICACIÓN : RC 1188223915
ADMISIÓN : A 2019 2380 SEXO : FEMENINO EDAD : 2
ENTIDAD : EPS SANITAS S.A. (RECOBRABLES) FECHA : 20/02/2019 HORA : 10:23

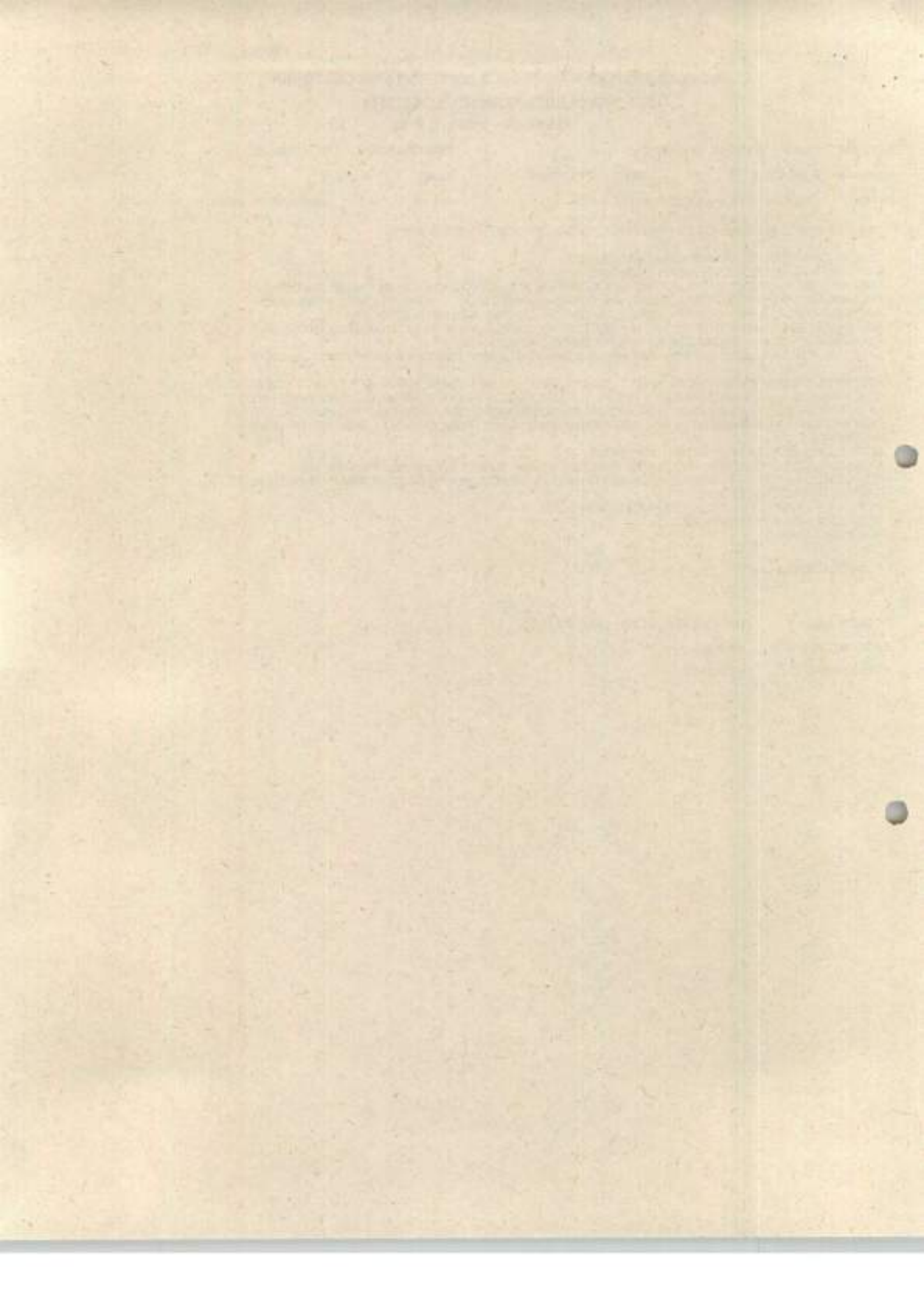
IMPLANTACION O SUSTITUCION DE PROTESIS COCLEAR DERECHO - CODIGO: 209803

SE REALIZA INSICION RETROAURICULAR EN S ITALICA
INSICION EN PERIOSTIO POSTERIOR A LA DE PIEL
DESPERIOSTIZACION EN REGION MASTOIDEA Y TEMPORAL INCLUYENDO AREA DE ANTENA RECEPTOR
FRESADO MASTOIDEO CON FRESA 70-80 CORTANTES Y 40 DIAMANTADA , TENIENDO COMO LIMITES PARED
POSTERIOR DEL CAE ,TECHO DURAL ,SENO SIGMOIDE , SE IDENTIFICA ANTRO MASTOIDEO
SE REALIZA FRESADO DE LECHO DE ANTENA RECEPTOR Y TUNEL CON CANAL LATERAL IZQUIERDO PARA
COMUNICACIÓN CON MASTOIDECTOMIA POR POLO POSTEROSUPERIOR.
BAJO VISION MICROSCOPICA SE REALIZA TIMPANTOMIA POSTERIOR , IDENTIFICANDO NERVIU GUERDA DEL
TIMPANO LA CUAL SE
PRESERVA , SE IDENTIFICA PORCION MASTOIDEA DE NERVIU FACIAL Y SE PRESERVA . SE ESTIMULA CON MONITOR
DE NERVIU FACIAL CON ADECUADA RESPUESTA . LO CUAL SE INTERPRETA INTEGRIDAD DEL NERVIU FACIAL
SE IDENTIFICA VENTANA REDONDA , SE REALIZA FRESADO DEL NICHU DE LA VENTANA A BAJAS REVOLUCIONES
HASTA EXPONER MEMBRANA DE LA VENTANA REDONDA , SE REALIZA PUNCION DE LA MEMBRANA DE VENTANA
REDONDA
SE REALIZA COLOCACION DE ANTENA RECEPTOR
SE INTRODUCE SERIE DE ELECTRODOS , SE INTRODUCE TOTALIDAD DE ELECTRODOS NUMERO 16
INTRACOCLEARES , SOFT SURGERY , INSERCIÓN COMPLETA , SE POSICIONA RESTO DEL IMPLANTE LIBREMENTE EN
CAVIDAD DE MASTOIDECTOMIA ,
SE REALIZA CIERRE DE INCISION POR PLANOS VICRYL 3-0
SE COLOCA VENDAJE COMPRESIVO
NO COMPLICACIONES

COMPLICACIONES

NO

PROFESIONAL : LEONARDO ELIAS ORDOÑEZ ORDOÑEZ
REGISTRO MÉDICO: 79689985
ESPECIALIDAD : OTOLOGIA



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

MENCO VALENCIA ANA SOFIA

DATOS DEL PACIENTE (Marque con una equis "X" según corresponda)							
Fecha de diligenciamiento 21/2/2017		Nombre completo del paciente Ana Sofia Menco Valencia				Nro. Admisión RC 1188223915	
Edad 3	Ayuno <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Horas de ayuno 2h30	No. Sala 2	Hora programada 7h00	Entidad Colsanitas	Superficie corporal 1.80 79 cm	
Antecedentes alérgicos: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Cuál?		Antecedentes patológicos Lesión Neurológica					
Fracción de eyeción:							

Diagnóstico inicial	Diagnóstico final	Nombre del cirujano Dr. Ordóñez
Procedimiento(s) quirúrgico(s) a practicar 1. Implantación o sustitución de prótesis coclear derecho		

MEDICAMENTOS PREQUIRÚRGICOS (Diligencia o marque con una equis "X" según corresponda)			
Medicamento	Hora (HH:MM)	Dosis	Nombre de la persona que administra
1.	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		
2.	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		
3.	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		
¿El paciente ingresa con volante de autorización y con admisión? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Por qué?			

LISTA DE VERIFICACIÓN (Diligencia o marque con una equis "X" según corresponda)		ENTREGA		RECIBE	
DOCUMENTOS / ELEMENTOS		SI	NO	SI	NO
Consentimiento informado		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Historia clínica actual		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Historia clínica antigua		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Maquillaje, uñas pintadas y joyas		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Manilla diligenciada		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Prótesis dental		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Piercing de contacto, piercing		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Sito quirúrgico señalado (especificar lateralidad) <input checked="" type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Valoración preanestésica		Grupo sanguíneo: O+			
Glucemia	Tipificación y rastreo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Reserva de sangre <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			
Exámenes diagnósticos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Imágenes Radiológicas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuántos?	Laboratorio clínico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuántos?	CD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuántos?	TAC <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuántos?	
Cantidad de exámenes 1 sobre	Exámenes diagnósticos devueltos:	Nombre de quien entrega:	Nombre de quien recibe		

INDIQUE LATERALIDAD 	OBSERVACIONES FC 426x' 5 95% Pre 1 Integra Celulov 3209575873
---	--

Auxiliar o Enfermera Jefe que entrega al paciente

Circulante de Sala que recibe al paciente

Firma y sello:

Nombre:

Firma y sello:

Nombre:

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

Procedimiento final

1. Implantación o sustitución de prótesis
- 2.
3. Occlusión Directa

Hora de ingreso a sala

7:31
HH MM

☐ AM
☐ PM

Hora de inducción de anestesia

7:36
HH MM

☐ AM
☐ PM

Hora de incisión

8:01
HH MM

☐ AM
☐ PM

Hora de finalización

HH MM

☐ AM
☐ PM

Nombre completo del personal médico asistencial

- Cirujano

D. Odonez

- 2° Cirujano

- Ayudante

Dra. Maldonado

- * Enfermera Jefe

- Anestesiólogo

- Instrumentadora

- Auxiliar de Enfermería

- * Perfusionista

D. Brander
Catalina Diaz
Eduin B.

REGISTRO DE ANESTESIA (Ordene o marque con una equis "X" según corresponda)

- TIPO DE ANESTESIA

☒ General

☐ Local

☐ Regional Espinal

☐ Mixta

☐ Regional Peridural

☐ Bloqueo

☐ Local controlada

Tubo No. 4.5

Máscara

laringea No.

INTUBACIÓN

☒ Orotraqueal

☐ Traqueotomía

☐ Guía intubación

☐ Nasotraqueal

☐ Guía Frova

☐ Cánula de oxígeno

☐ Cánula nasofaríngea

Otros:

Complicación vía aérea ☒ No ☐ Si ¿Cuál?

- COMPLICACIÓN INTRAOPERATORIA

☒ No

☐ Si

¿Cuál?

SITIO DE COLOCACIÓN PLACA ELECTROBIESTUR:

MUSCLO DERECHO

MONITORIA INVASIVA (Ordene o marque con una equis "X" según corresponda)

☐ Línea arterial, ubicación

☐ Catéter central, ubicación

☒ Catéter IV, No. 1 Calibre: 22

Lateralidad: ☒ D ☐ I

☐ Catéter IV, No. 2 Calibre:

Lateralidad: ☐ D ☐ I

☐ PICC, ubicación

☐ Otro(s), ¿Cuál(es)?

☐ * Asistencia ventricular

☐ * Balón de contrapulsación

☐ * Clamp

☐ * Perfusion

☐ Arresto

EXÁMENES INTRAOPERATORIOS PRATICADOS

LABORATORIOS ☒ No ☐ Si ¿Cuáles?

RADIOLÓGICOS ☒ No ☐ Si ¿Cuáles?

CULTIVOS ☒ No ☐ Si ¿Cuáles?

SONDA VESICAL ☒ No ☐ Si No Foley

Nombre de quien coloca la sonda:

* ECOCARDIOGRAMA INTRAOPERATORIO ☒ No ☐ Si

* ELECTRODOS ☐ Auricular ☐ Ventricular

IMPLANTES COLOCADOS

SIGNOS VITALES

SIGNO	AL INGRESO	AL EGRESO	UNIDAD
Tensión arterial	80/40	80/35	mmHg
Frecuencia cardíaca	120x'	124x	X min
Frecuencia respiratoria	—	—	X min
Saturación de oxígeno (O ₂)	95%	—	%
Temperatura	—	—	°C
Fetocardia	—	N/A	X min

MEDICAMENTOS INTRAOPERATORIOS SUMINISTRADOS

Nombre del medicamento	Dosis administrada	Vía	Hora de admin. (HH:MM)	Persona que administra el medicamento		
				Nombre completo	Cargo	Firma
Ampicilina sub	250mg	N	7:40	Eduin B		
Dexametasona	4mg	N	8:10	Eduin B		
Dipiridamol	400mg	N	8:15	Eduin B		
Ranitidina	25mg	N	8:20	Eduin B		
Ordayetron	2mg	N	8:30	Eduin B		
Atropina	0.1mg	N	9:00	Eduin B		
Positronina	—	—	—	—		
Etileno	—	—	—	—		

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

CONTROL DE LÍQUIDOS

I. ADMINISTRADOS

CRISTALOIDES

	TEMPERATURA	CANTIDAD	
- Lactato de Ringer →	°C		C.C.
- Solución salina	°C	170	C.C.
- * Cardioplejia			C.C.
- * Perfusion			C.C.
- Otros			C.C.

COLOIDES

- Voluven		C.C.
-----------	--	------

DERIVADOS SANGÜÍNEOS

- Glóbulos rojos		C.C.
- Plasma		C.C.
- Plaquetas		C.C.
- Crioprecipitados		C.C.
- Salvador células y otros		C.C.

INOTRÓPICOS ¿Cuáles?

		C.C.
		C.C.
		C.C.

TOTAL 170 C.C.

II. ELIMINADOS

	CANTIDAD	
- Orina	NO	C.C.

- * Hemofiltración		C.C.
--------------------	--	------

- Drenes		C.C.
----------	--	------

- Tubos		C.C.
---------	--	------

- Sangrado →	100	C.C.
--------------	-----	------

- Otros		C.C.
---------	--	------

TOTAL 100 C.C.

III. IRRIGACIÓN 1500 C.C.

CONTROL DE LÍQUIDOS HISTEROSCOPIAS - RTU - ARTROSCOPIAS

Electrolitos Na: ☐ Sí ☒ No Cantidad

prequirúrgicos K: ☐ Sí ☒ No Cantidad

Total entra

Electrolitos Na: ☐ Sí ☒ No Cantidad

postquirúrgicos K: ☐ Sí ☒ No Cantidad

Total sale

EGRESO DEL PACIENTE DE SALA DE CIRUGÍA

DESTINO POST-OPERATORIO

☐ Unidad de Cuidado Post- Anestésico (UCPA) →

☐ Unidad de Cuidado Intensivo (UCI)

☐ Otro, ¿Cuál?

Hora de llegada

HH:MM
HH:MM
HH:MM

Hora de llegada

HH:MM
HH:MM
HH:MM

- SE ENTREGA PACIENTE POST-QUIRÚRGICO CON

☐ Sonda Nasogástrica

☐ Línea Arterial

☐ Vendajes

☐ Laboratorios Cent.

☐ Accesos venosos

☐ Sonda Vesical

☐ Catéter Central

☐ Tubo mediastino

☐ Imágenes Radiológicas

☐ Compresión neumática

☒ Sonda Enteral

☐ Drenes

☐ Tubo Tórax

Cant.

☐ Medias Antiembólicas

☐ Historia Clínica Antigua

☒ Historia Clínica Completa

☐ CD Cent.

OTRAS OBSERVACIONES

TORNQUETE

Hora Inicio

Hora Finalización

Ubicación

Presión

Zonas de Presión

Ubicación

☐ AM

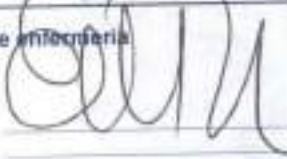
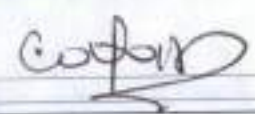


☐ AM

HH:MM ☐ PM

HH:MM ☐ PM

mmHg

☐ No ☐ Sí

TEJIDOS ENVIADOS A PATOLOGÍA			
Nombre de quien entrega		Nombre de quien recibe	
Patología 1	Medio	Cantidad	Descripción
<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No			
Patología 2	Medio	Cantidad	Descripción
<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No			
MUESTRAS ENVIADAS A LABORATORIO			
Nombre de quien entrega		Nombre de quien recibe	
Cultivo 1	Medio	Cantidad	Descripción
<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No			
Cultivo 2	Medio	Cantidad	Descripción
<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No			
Hora de la evolución (HH:MM)	Evolución de Enfermería		Firma
7:30	Ingreso paciente en sala de vedos. en compañía de madre, paciente, con hipertensión muscular sevelas de un Kernicterus se observa con dificultad respiratoria, piel íntegra sitio operatorio con marcaciones, se inicia lista de Cheques se inicia procedimiento		
9:50	Sale paciente a recuperación consciente alerta (y orientada) en camilla con bandanas elevadas, sin signos de dificultad respiratoria, piel íntegra, ausculto venoso periférico permeable, tórax auscultado cubierto		
9:45	Ingresando paciente al servicio de quirófano en camilla ajustada con bandanas elevadas por operación de implante nuclear derecho hongo de conciente con buen patrón respiratorio, tórax medio ambiente, se refiere un oxígeno.		
Auxiliar de enfermería	Instrumentadora	Cirujano	E. Ordóñez D.
			
Firma Nombre:	Firma Nombre:	Firma Nombre:	Firma Nombre:



DATOS GENERALES (Marque con una equis "X" según corresponda)

Fecha de diligenciamiento 21 Feb 2019. DD MM AAAA	Nombre completo del paciente Menco Valencia Ana Sofía 3a.	No. Historia Clínica 1188223915
Hora de Inicio X AM HH:MM	No. Sala 2.	Procedimiento Implantación ó Sustitución Prótesis Coclear. OD.
Nombre del (los) cirujano(s) Dr. Leonardo Ordóñez		Nombre del (los) ayudante(s) Dr. Diana Maldonado - Dra. Cora Delgado
Nombre del (los) instrumentadora(s) Catalina Díaz Ulez		Nombre del (los) auxiliares Edith Buitrago

Patología //

Cultivo //

MENCO VALENCIA ANA SOFIA

RC 1188223915

REGISTRO INSTRUMENTACIÓN

Elemento	Conteo Inicial	Conteo Parcial	Conteo Final
Agujas de Sutura	3	3	OK
Agujas hipotérmicas	1+1+1+1	4	OK
Baldos			
Compresas	10	10	OK
Cotónoides	5	5	OK
Drenes			
Gasas	12	12	12
Hiladillos			
Hojas de bisturí	2	2	OK
Mechas			
Punzones			
Rollos			
Torundas			
Otros			

CAMBIO DE TURNO - INSTRUMENTADORA

Nombre de quien entrega	Nombre de quien recibe
Patología	Medio
<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	Cantidad
Cultivo	Descripción
<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	Cantidad
	Descripción

OBSERVACIONES

Inf bop. 0.5 cc Gm1. Revuelto Completo herida protegida. Casa Comercial, med. n. 12.

HERES™ Ultra CI Hifocus™
MS Electrode

REF CI-1600-04
SN 1005018



2020-04-30



Instrumentadora(s)

Auxiliar(es)

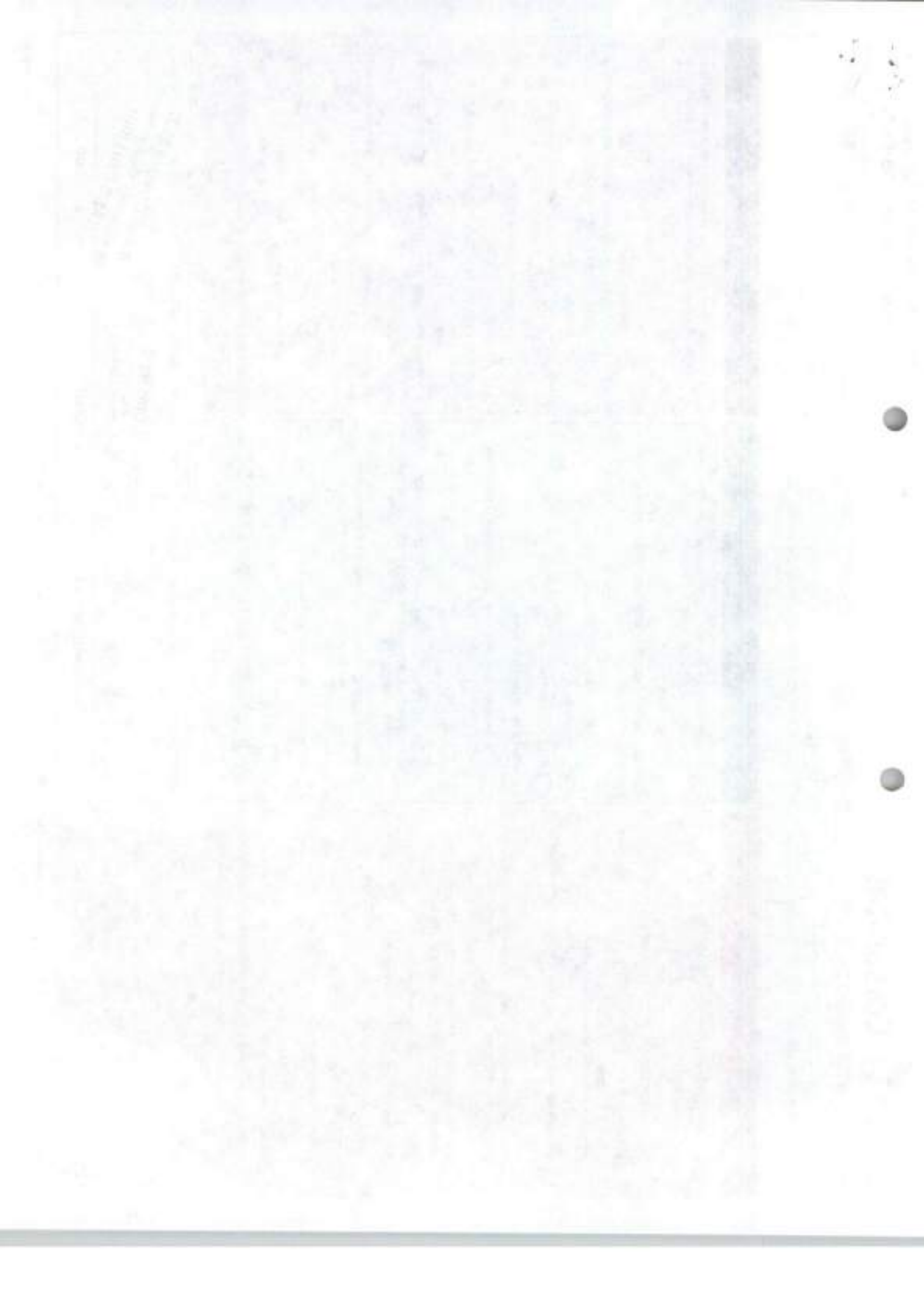
Firma: Catalina Díaz
Nombre:

Firma: Edith Buitrago S.
Nombre: 1022-344-928

STICKERS DE CINTAS INDICADORAS DE ESTERILIZACIÓN

Ropa	Indicador químico
<p><i>R2</i> General.</p>	<p>Est. 19.02.19. Uto. 04.02.19</p>
Equipos quirúrgicos	Indicador químico
<p>Equipo: Dado Dr Ordoñez.</p>	<p>Est. 11.02.19 Uto. 11.02.20</p> <p>Canulas Dr Ordoñez. Dado.</p>

Apellidos y Nombre(s) del Paciente		Fecha de la Cirugía	MENCO VALENCIA ANA SOFIA	
Ana Sofia Henao Valencia		27/02/2016	RC 1189223915	
Procedimiento Programado:		Procedimiento Realizado:		
Fundación y sustitución de implantes de prótesis de la ANESTESIA		Implantación y sustitución de prótesis		
ENTRADA		ANTES DE LA INICIACIÓN QUIRÚRGICA		
<p>El paciente ha confirmado:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Su identidad</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Su operación</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Su consentimiento</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ¿Verificó marca en el sitio quirúrgico?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ¿Verificó administración de profilaxis antibiótica entre 30 y 60 minutos previos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ¿Verificó ayuno y nutrición asistida comedidamente manifiestos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ¿Verificó medicación y equipos anestésicos completos y funcionando (Máquina, monitor, pulsioxímetro, etc.)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ¿Verificó que equipos e insumos necesarios para el procedimiento están listos, completos y estériles?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Búsqueda por congelación coordinada</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Seguridad del electrocautero verificada</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Cama disponible en UCI</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ¿Tiene el paciente...</p> <p>¿Alguna alergia conocida?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ¿Cuál?:</p> <p>¿Dificultad con la vía respiratoria o riesgo de aspiración?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI y el equipo y la asistencia están disponibles</p> <p>¿Diálisis hemorrágica o consume medicamentos que interfieran en la coagulación?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>¿Pérdida sanguínea estimada > 1000 ml (15 ml/kg en niños)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI → Tendrá al menos dos vías de acceso intravenoso adecuadas, y los líquidos necesarios para estabilizarlo.</p> <p>¿Requiere reserva de sangre?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p>		<p>Cuando hay personal nuevo, confirmar que todo el personal se ha identificado por su nombre y función.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No aplica</p> <p>Cirujano(s), anestesiólogo(s), enfermera e instrumentadora confirman verbalmente:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> La identidad del paciente</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> La operación</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> El lugar del cuerpo</p> <p>Anticipación de pasos críticos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ¿Se revisaron y se muestran las imágenes diagnósticas necesarias?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No aplica</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Cirujano(s) repasa: ¿cuáles son los pasos críticos o inesperados, la duración de la operación, la pérdida sanguínea prevista?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Anestesiólogo(s) repasa: ¿presenta el paciente alguna condición que genere preocupación? ¿Necesita plan previo de resucitación?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ¿Se revisó la sujeción del paciente a la mesa para evitar caídas?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ¿Se revisó la ausencia de puntos de presión externa en el paciente?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p>		
PAUSA		ANTES DEL COMIENZO DE LA CIRUGIA		
<p>El cirujano hizo revisión de las cavidades intervenidas antes de iniciar su cierre buscando cuerpos extraños, y lo informa</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No aplica</p> <p>La enfermera confirma verbalmente con el personal:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> El nombre de la operación registrada</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Los recuentos de los instrumentos, agujas, esponjas, gasas, y compresas son correctos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No aplica</p> <p>Muestras biológicas debidamente preparadas y rotuladas</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Patologías en medio adecuado</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Laboratorio en medio adecuado</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No aplica</p> <p>¿Hubo problemas con equipos o con material que requieran atención?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Si la respuesta anterior es SI, ¿se diligencia el formato de evento adverso?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Cirujano(s), anestesiólogo(s), enfermera e instrumentadora repasan en voz alta las inquietudes clave sobre la recuperación y el manejo de este paciente:</p> <p>¿Se recomienda tromboprofilaxis?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Si la respuesta anterior es SI, por favor diligencie:</p> <p>Medicación <input type="checkbox"/> Medicación</p> <p>Medias antiembólicas <input type="checkbox"/> Compresión neumática</p> <p>¿Hubo eventos adversos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p>		<p>OBSERVACIONES: Si el paciente tiene cambio de posición en la mesa debe repetirse la PAUSA</p> <p>Leonardo E. Ordóñez O. OTORRINOLARINGOLOGÍA R.M. 655.555</p> <p>CIRUJANO</p> <p>John Parrales M.D. ANESTESIOLOGÍA R.M. 191.191.390</p> <p>ANESTESIOLOGO</p>		



NOMBRE PACIENTE: Ana Sofia Merico	NÚMERO HISTORIA CLÍNICA: ²⁰ 1188223915
EDAD: 3 años	NÚMERO DE HABITACIÓN: Recuperación
DIAGNÓSTICO:	

FECHA	HORA	NOTAS DE ENFERMERÍA	E.DOLOR (0-10)	NOMBRE / FIRMA
21/02	8:40	formación a 4 líneas piel íntegra se monitoriza paciente con lipocitos enrojecidos en miembro superior derecho veno metacarpo yelw #20 por un orinal profundo lactato de ninger y un golpe por bomba a vacío, se observa herida quirúrgica limpia de ser cubierta con gasa vendaje elástico sin dolor. Ingresando mano menor.		
		(1) Salida por anestesia		S35823
	12:50	Entrega paciente en brazos de mamá tranquila, alerta, consciente, Orientada, buen patrón respiratorio, acceso venoso permeable herida quirúrgica cubierta y limpia, Manilla de identificación historia clínica completa, pendiente valorar por médico de anestesia para iniciar trámites de salida		Wanda Zamora
	13:00	Recibo Paciente Pediatría en el servicio de recuperación en camilla con barandas de seguridad elevadas en compañía de la madre posoperatorio implante ocular derecho con vendaje de gasa en ojo derecho mas vendaje cepillo, acceso venoso en vena metacarpo derecha posando lactato de ninger y Gocillor historia clínica completa; pendiente alta por anestesia y postoperatorio		S306873
	14:30	Paciente crepta y tolera dieta líquida es valorada por el doctor con éxito		Lida Gueano

FECHA	HORA	NOTAS DE ENFERMERÍA	E. DOLOR (0-10)	NOMBRE / FIRMA
21/02/19	---	quien firma hoja de recuperación se retira monitoria y se traslada para el área de cirugía ambulatoria para iniciar tramites de salida. ^{5:06 PM} 14431 Reciba niña en ambulancia con la mama de po opriubrio de implantacion de protesis colear. derecho vendaje elastico limpio y seco. con acceso venoso y permeable Se entrega formula, incapacidad recomendaciones. acepta y firma via oral. 15.45 Se retira vendaje 16.40 Egresada por parte del Servicio ben. recupero en brazos de la mama y con seguridad y pupa.		

CLÍNICA COLSANITAS S.A.
RECOMENDACIONES DE EGRESO

GENERADO: 21/02/2019 09:05

SUCURSAL: CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): MENCO VALENCIA ANA SOFIA

EDAD: 2 AÑOS

No. ADMISIÓN: A 2019 2380

No. HISTORIA CLÍNICA: 1188223915

FECHA INGRESO: 20/02/2019

FECHA EGRESO: 21/02/2019

ENTIDAD: EPS SANITAS S.A. (RECOBRABLES)

MÉDICO TRATANTE: LEONARDO ELIAS ORDOÑEZ ORDOÑEZ

No. HABITACIÓN:

FORMULACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

480

FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS

ACETAMINOFEN 150MG/5ML (3%) JBE FCO X 60ML * Cantidad 1.00. Días Tratamiento: 5

CEFALEXINA 250MG/5ML (5%) SUSP ORAL FCO X 60ML * Cantidad 3.00. Días Tratamiento: 7

REALIZÓ PROCESO DE CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS

SI

CONSULTAR SI PRESENTA

PIEBRE, SECRECIÓN PURULENTO POR LA HERIDA, SANGRADO POR BOCA O NARIZ. DOLOR EN EL PECHO. DIFICULTAD PARA RESPIRAR. NO COME NADA O VOMITA TODO.

SIGNOS DE INFECCIÓN

PIEBRE : SI CALOR EN LA HERIDA : SI ENROJECIMIENTO EN LA HERIDA : SI SECRECIÓN EN LA HERIDA : SI

ACTIVIDAD FÍSICA

MODERADA. CAMINATA NORMAL EN CASA. NO PERMANECER EN CAMA.

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

DIETA NORMAL. DAR ABUNDANTES LÍQUIDOS.

RECOMENDACIONES GENERALES

VER ANEXO

RESULTADO DE EXÁMENES

NO

INCAPACIDAD día(s)

FECHA CONTROL HORA

CONSECUTIVO

LUGAR DE LA CONSULTA

TELÉFONO DEL MÉDICO TRATANTE

26/02/2019

EDIFICIO DE CONSULTORIOS, CLÍNICA
COLOMBIA. TERCER PISO. CONSULTORIO
312 - HORA: 8:00 AM

Si presenta algún signo de infección, comuníquese con el Comité de Infecciones en la Clínica Reina Sofía al teléfono 6252111 ext. 5717503-5717524, en la Clínica Colsanitas de la Costa al teléfono (5) 356 7622 ext. 9999991, en la Clínica Sebastián de Belalcázar al teléfono (2) 6807001 ext. 22715 o en la Clínica Universitaria Colombia a los teléfonos 5948650 ext. 5715545.

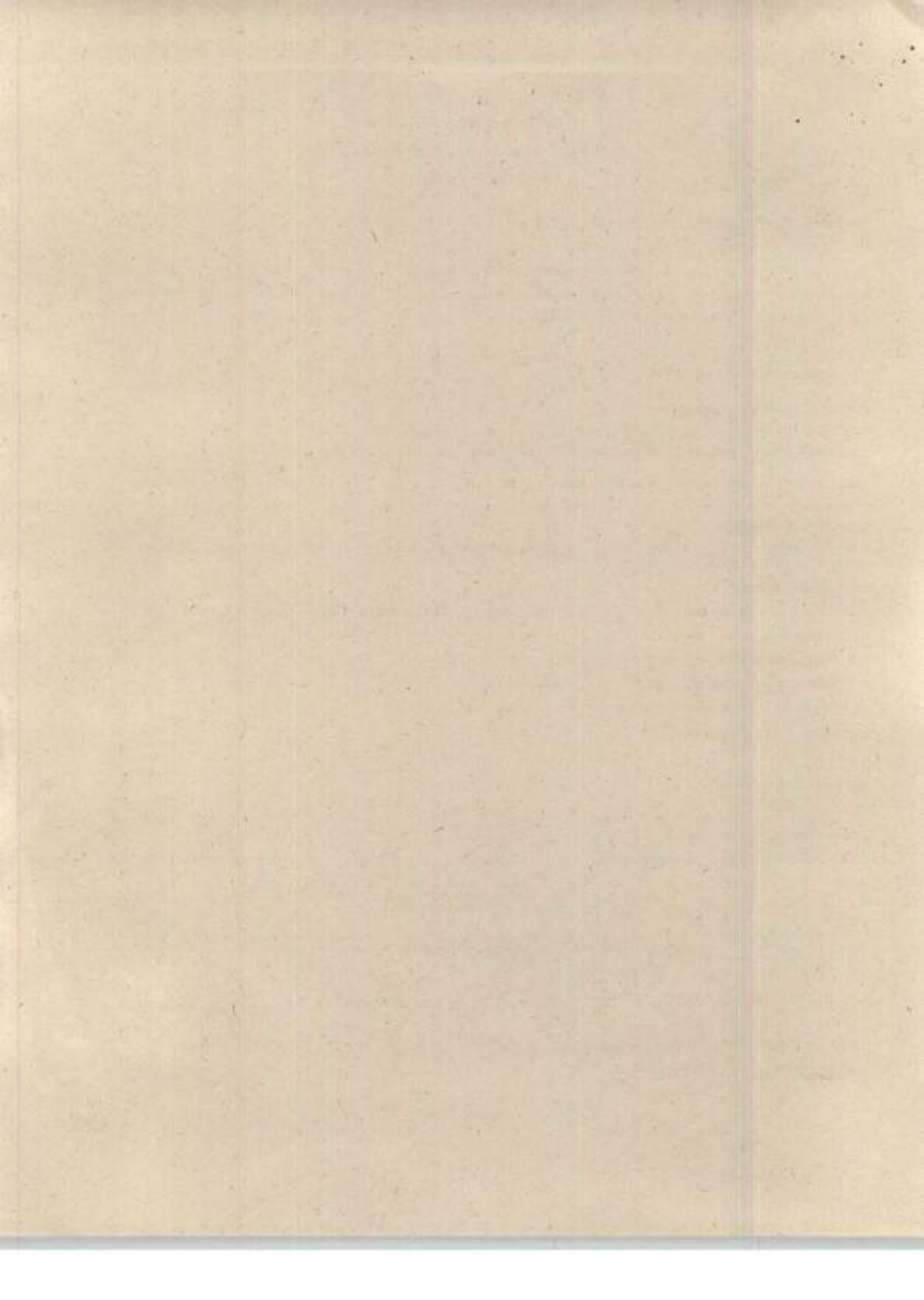
FIRMA Y SELLO MÉDICO

NOMBRE LEONARDO ELIAS ORDOÑEZ ORDOÑEZ

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 79689965

REGISTRO MÉDICO 79689965

FIRMA USUARIO





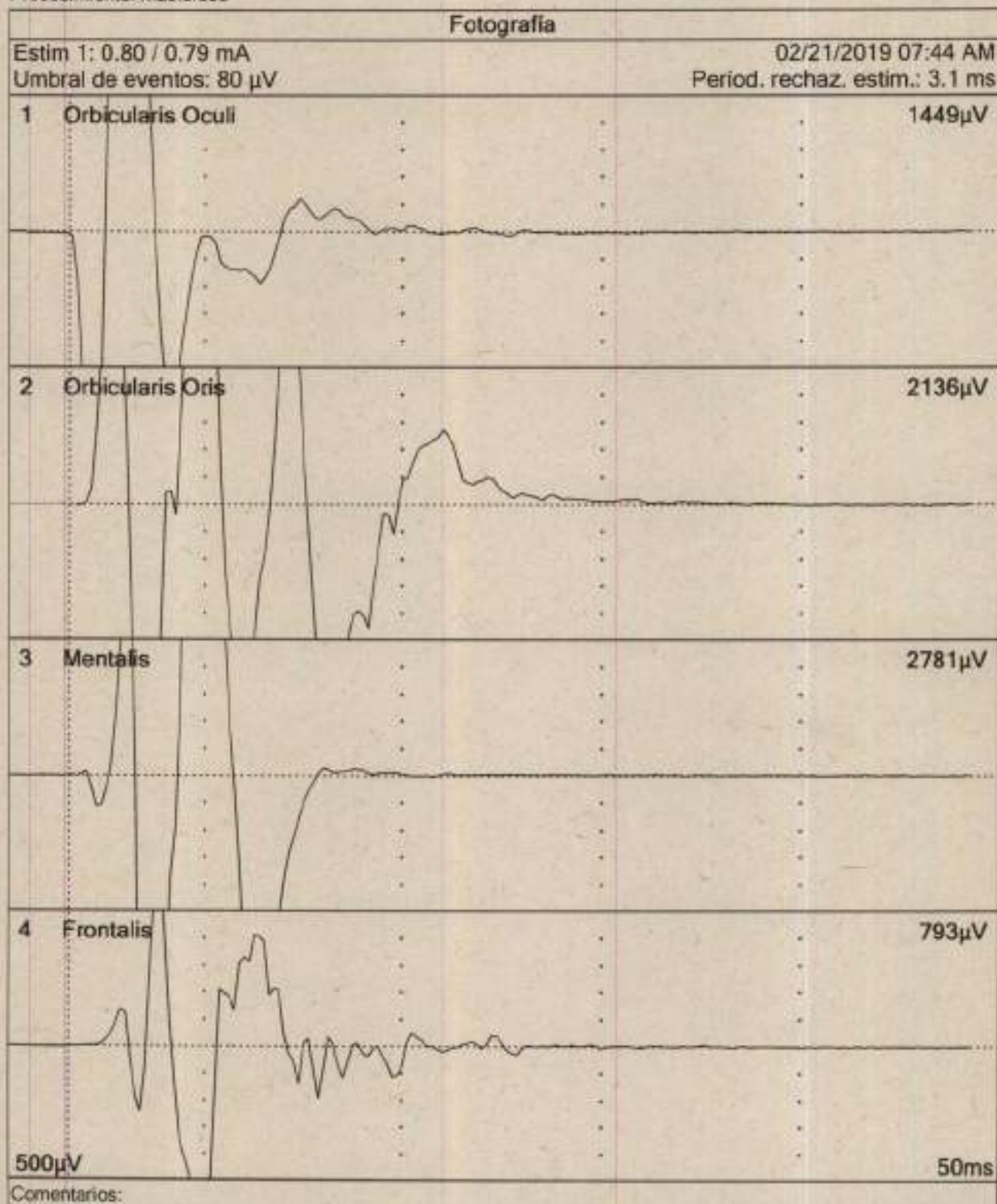
Medtronic

NIM-Neuro® 3.0

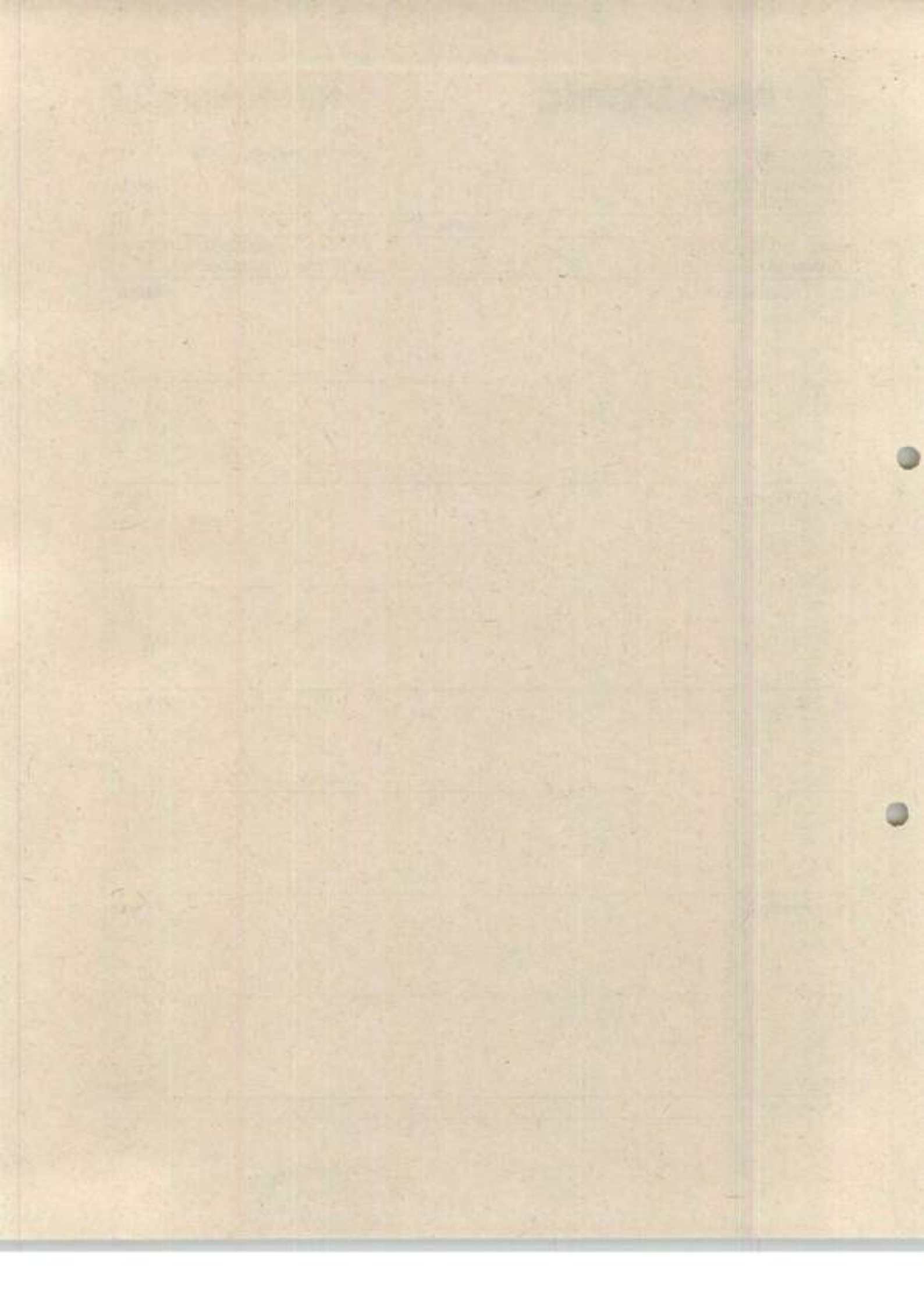
Nombre cirujano: Dr. Ordóñez
Nombre paciente: Ana Sofía Menco
Id. paciente: 1188223915
Procedimiento: Mastoides

Informe creado en: 02/21/2019 07:44 AM

Página 1



Leonardo E. Ordóñez O.
OTOLGIA - NEUROLOGIA
OTORRINOLARINGOLOGIA
R.M. 78686-005



**Medtronic****NIM-Neuro® 3.0**

Nombre cirujano: Leonardo Elías Ordóñez Ordóñez

Informe creado en: 02/21/2019 08:02 AM

Nombre paciente: Ana Sofía Menco

Id. paciente: 1188223915

Página 1

Procedimiento: Implantación o sustitución de prótesis coclear der

Registro 1				Registro 2			
Estim 1: 0.80 / 0.00 mA		02/21/2019 07:09 AM		Estim 1: 0.80 / 0.00 mA		02/21/2019 07:09 AM	
Umbral de eventos: 85 μ V		Period. rechaz. estim. 3.1 ms		Umbral de eventos: 85 μ V		Period. rechaz. estim. 3.1 ms	
1 Orbicularis Oculi	:	:	90 μ V	1 Orbicularis Oculi	:	:	90 μ V
2 Orbicularis Oris	:	:	5 μ V	2 Orbicularis Oris	:	:	5 μ V
3 Mentalis	:	:	24 μ V	3 Mentalis	:	:	24 μ V
4 Frontalis	:	:	108 μ V	4 Frontalis	:	:	108 μ V
500 μ V	:	:	50 ms	500 μ V	:	:	50 ms
Comentarios:				Comentarios:			
Registro 3				Registro 4			
Estim 1: 0.80 / 0.00 mA		02/21/2019 07:14 AM		Estim 1: 0.80 / 0.00 mA		02/21/2019 07:15 AM	
Umbral de eventos: 85 μ V		Period. rechaz. estim. 3.1 ms		Umbral de eventos: 85 μ V		Period. rechaz. estim. 3.1 ms	
1 Orbicularis Oculi	:	:	92 μ V	1 Orbicularis Oculi	:	:	221 μ V
2 Orbicularis Oris	:	:	3 μ V	2 Orbicularis Oris	:	:	4 μ V
3 Mentalis	:	:	3 μ V	3 Mentalis	:	:	3 μ V
4 Frontalis	:	:	4 μ V	4 Frontalis	:	:	5 μ V
500 μ V	:	:	50 ms	500 μ V	:	:	50 ms
Comentarios:				Comentarios:			



Nombre cirujano: Leonardo Elías Ordóñez Ordóñez

Nombre paciente: Ana Sofia Menco

Id. paciente: 1188223915

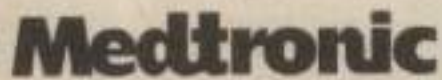
Procedimiento: Implantación o sustitución de prótesis oclular der

Informe creado en: 02/21/2019 08:02 AM

Página 2

Registro 5

Estim 1: 0.80 / 0.75 mA		02/21/2019 07:44 AM	
Umbral de eventos: 80 μ V		Period. rechaz. estim. 3.1 ms	
1	Orbicularis Oculi	5 μ V	
2	Orbicularis Oris	12 μ V	
3	Mentalis	195 μ V	
4	Frontalis	40 μ V	
500 μ V		50ms	
Comentarios:			



NIM-Neuro® 3.0

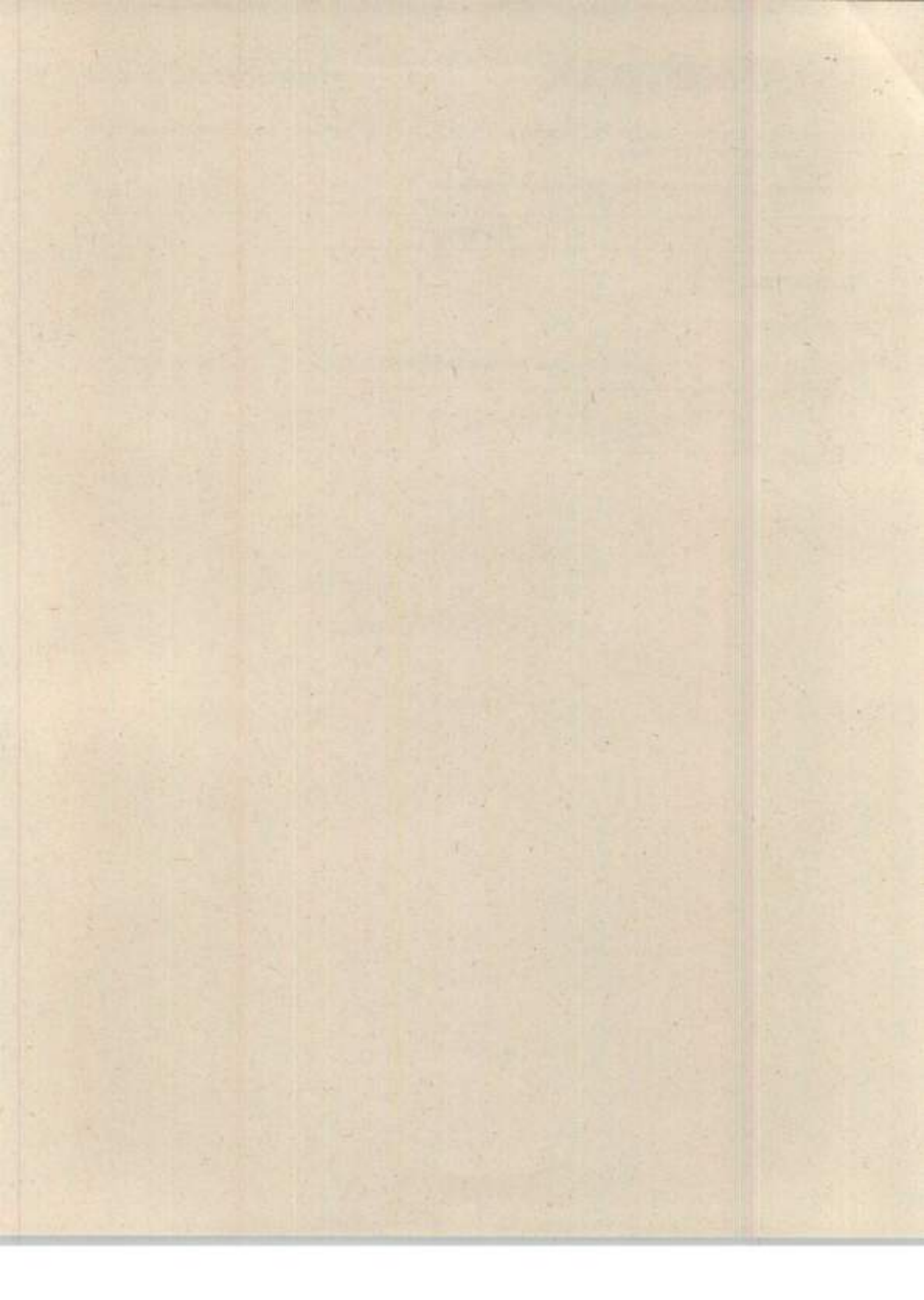
Informe creado en: 02/21/2019 08:02 AM

Página 3

Resumen

Event Comments:

[illegible]





Medtronic

NIM-Neuro® 3.0

Nombre cirujano: Leonardo Elías Ordóñez Ordóñez
 Nombre paciente: Ana Sofía Menco
 Id. paciente: 1188223915
 Procedimiento: implantación o sustitución de prótesis
 coclear derecho

Informe creado en: 02/21/2019 08:02 AM

Página 1

Informe de archivo de registro

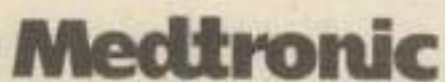
Filtro utilizado: Todos eventos - Estimulados y no estimulados (35 Registros encontrados)

La intensidad de corriente se expresa en mA, la tensión se expresa en μV

Canal 1: Orbicularis Oculi
 Canal 3: Mentalis

Canal 2: Orbicularis Oris
 Canal 4: Frontalis

Reg.	Fecha/Hora	Estim1		Estim2		Canal								Umbr
		Conf.	Med.	Conf.	Med.	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	2/21/2019 7:04:47 AM	0.80	0.00	0.00	0.00	128	16	4	25	-	-	-	-	85
2	2/21/2019 7:09:10 AM	0.80	0.00	0.00	0.00	90	5	24	108	-	-	-	-	85
3	2/21/2019 7:12:22 AM	0.80	0.00	0.00	0.00	334	3	3	3	-	-	-	-	85
4	2/21/2019 7:14:26 AM	0.80	0.00	0.00	0.00	92	3	3	4	-	-	-	-	85
5	2/21/2019 7:15:13 AM	0.80	0.00	0.00	0.00	221	4	3	5	-	-	-	-	85
6	2/21/2019 7:44:19 AM	0.80	0.79	0.00	0.00	5	12	195	40	-	-	-	-	80
7	2/21/2019 7:44:25 AM	0.80	0.51	0.00	0.00	1297	1813	2824	658	-	-	-	-	80
8	2/21/2019 7:44:25 AM	0.80	0.57	0.00	0.00	1360	2035	2787	722	-	-	-	-	80
9	2/21/2019 7:44:30 AM	0.80	0.79	0.00	0.00	1449	2136	2781	793	-	-	-	-	80
10	2/21/2019 7:44:35 AM	0.80	0.77	0.00	0.00	1347	2085	2810	788	-	-	-	-	80
11	2/21/2019 7:44:37 AM	0.80	0.79	0.00	0.00	1396	2087	2819	800	-	-	-	-	80
12	2/21/2019 7:44:38 AM	0.80	0.79	0.00	0.00	1013	1540	2853	588	-	-	-	-	80
13	2/21/2019 7:47:29 AM	0.80	0.61	0.00	0.00	1317	2098	2792	675	-	-	-	-	80
14	2/21/2019 7:47:29 AM	0.80	0.79	0.00	0.00	1422	2158	2819	757	-	-	-	-	80
15	2/21/2019 7:47:31 AM	0.80	0.20	0.00	0.00	3	4	99	13	-	-	-	-	80
16	2/21/2019 7:47:33 AM	0.80	0.79	0.00	0.00	1327	2151	2774	710	-	-	-	-	80
17	2/21/2019 7:47:33 AM	0.80	0.79	0.00	0.00	1145	1548	2733	592	-	-	-	-	80
18	2/21/2019 7:47:42 AM	0.80	0.79	0.00	0.00	1309	2194	2821	738	-	-	-	-	80
19	2/21/2019 7:47:42 AM	0.80	0.63	0.00	0.00	1347	2173	2794	768	-	-	-	-	80
20	2/21/2019 7:47:45 AM	0.80	0.79	0.00	0.00	1337	2191	2798	745	-	-	-	-	80
21	2/21/2019 7:47:45 AM	0.80	0.79	0.00	0.00	1008	1569	2779	590	-	-	-	-	80
22	2/21/2019 7:48:18 AM	0.80	0.79	0.00	0.00	1351	2181	2824	725	-	-	-	-	80
23	2/21/2019 7:48:18 AM	0.80	0.79	0.00	0.00	1335	2171	2811	747	-	-	-	-	80
24	2/21/2019 7:48:26 AM	0.80	0.79	0.00	0.00	3	13	206	12	-	-	-	-	80
25	2/21/2019 7:48:26 AM	0.80	0.79	0.00	0.00	3	12	180	15	-	-	-	-	80
26	2/21/2019 7:48:28 AM	0.80	0.79	0.00	0.00	8	6	494	13	-	-	-	-	80
27	2/21/2019 7:48:28 AM	0.80	0.79	0.00	0.00	6	5	273	13	-	-	-	-	80
28	2/21/2019 7:49:23 AM	0.80	0.79	0.00	0.00	1328	2191	2807	727	-	-	-	-	80
29	2/21/2019 7:49:23 AM	0.80	0.74	0.00	0.00	1346	2142	2797	730	-	-	-	-	80
30	2/21/2019 7:49:23 AM	0.80	0.79	0.00	0.00	14	63	1685	68	-	-	-	-	80
31	2/21/2019 7:49:26 AM	0.80	0.79	0.00	0.00	1370	2188	2824	763	-	-	-	-	80
32	2/21/2019 7:49:27 AM	0.80	0.79	0.00	0.00	1360	2026	2810	660	-	-	-	-	80
33	2/21/2019 7:49:38 AM	0.80	0.75	0.00	0.00	1360	2199	2844	760	-	-	-	-	80
34	2/21/2019 7:49:39 AM	0.80	0.79	0.00	0.00	1390	2172	2803	785	-	-	-	-	80
35	2/21/2019 7:55:52 AM	0.80	0.00	0.00	0.00	81	12	3	5	-	-	-	-	80



NIM-Neuro® 3.0

Informe creado en: 02/21/2019 08:02 AM

Id. paciente:1188223915

Página 2

Procedimiento: Implantación o sustitución de prótesis
coclear derecho

Resumen

Observ. caso:

[illegible]

Nombres y Apellidos		Ara Arco		Identificación		1188223915		
Número de Admisión		2380		Habitación				
Tipo de Documento				Forma	Folios	Tipo de Documento		
Ingreso	1	Admisión	Sistema	-	Apoyo Terapéutico	48	Hojas de Apoyo Terapéutico	
	2	Triage	Sistema	-		49	Nutrición	Sistema
Registros Médicos	3	Remisión a Otra Institución	Manual	-	Egreso	50	Seguimiento Dialisis	
	4	Resumen de Egreso Médico u Obstétrico	Sistema	-		51	Kardex	Manual
	5	Partograma	Manual	-		52	Recomendaciones de egreso	Sistema
	6	Historia Clínica	Sistema	-		53	Entrega Ambulatoria de Medicamentos	Manual
	7	Evoluciones	Sistema	-		0		
	8	Ordenes Médicas	Sistema	-				
Paraclinicos	9	Exámenes de Laboratorio	Sistema	-	Neonatos Recien Nacido	54	Resumen de Egreso	
	10	Resumen Resultado de Laboratorios	Manual	-		55	Historia Clínica (Hoja de Huellas)	Manual
	11	Control Clínico de Transfusión	Manual	-		56	Evoluciones	Sistema
	12	Consentimiento para Transfusión	Manual	-		57	Ordenes Médicas	Sistema
	13	Seguimiento Sangre Extraída	Sistema	-		58	Examen de Laboratorios	Sistema
	14	Gasimetrías	Sistema	-		59	Resumen de laboratorios	Sistema
	15	Ecografías	Sistema	-		60	Sangre extraída	Manual
	16	Rayos X	Sistema	-		61	Hoja de enfermería recién nacido sano	Manual
	17	Gamagrafías	Sistema	-		62	Sábanas	Manual
	18	Endoscopias, colonoscopias, etc.	Sistema	-		63	Hoja de diagnóstico	Manual
	19	Monitorias Fetales	Manual	-		64		Manual
Registros Quirúrgicos	20	Electrocardiogramas	Manual	-		65	Vacunas	Manual
	21	Patologías	Sistema	-		66	Recomendaciones recién nacido sano	Manual
	22	Sabana de Consulta Preanestésica	Manual	-		67	Control cateter	Manual
	23	Cuestionario de Antecedentes Prequirúrgicos	Manual	-		<p>Si la Historia Clínica tiene anexo Remisiones o Hc de otros lugares como clínicos u otras clínicas, están se organizarán en la parte final después de todos los documentos que conforman la Historia Clínica, teniendo en cuenta el orden con el cual se organizan los documentos es esta guía.</p> <p>otros: 1</p>		
	24	Seguimiento de Analgesia para Manejo del Dolor	Manual	-				
	25	Control Analgesia Obstétrica	Manual	-				
	26	Consentimiento Informado Procedimiento Qx	Manual	-				
	27	Consentimiento Informado de Enfermería	Manual	-				
	28	Consentimiento Informado VIH	Manual	-				
	29	Consentimiento Informado Interrupción Embarazo	Manual	-				
30	Descripción Quirúrgica	Sistema	-					
31	Verificación y Registro de Procedimientos	Manual	-					
32	Registro Quirúrgico de Instrumentación	Manual	-					
Registros de Enfermería	33	Hoja de Signos Vitales	Manual	-				
	34	Control de Líquidos	Manual	-				
	35	Control de Medicamentos	Manual	-				
	36	Constancia de Entrega de Medicamentos	Manual	-				
	37	Glicemia	Manual	-				
	38	Neurología	Manual	-				
	39	Hoja de Enfermería de Urgencias	Sistema	-				
	40	Notas de Enfermería	Sistema	-				
	41	Hojas de enfermería y terapia UCI	Manual	-				
	42	Historia Clínica de Heridas y Ostomías	Manual	-				
	43	Evoluciones de Hc de heridas y ostomías	Manual	-				
	44	Control de Cateter	Manual	-				
	45	Formato de Caída Código Azul	Manual	-				
	46	Escala de categorización riesgo de caída	Manual	-				
	47	Escala de categorización riesgo de lesión de piel	Manual	-				

