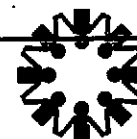


1707002513



Hospital
Universitario

Fundación Santa Fe de Bogotá

Paciente : GOMEZ GARCIA JOSE ALIRIO
Identificación: CEDULA C. 4245325
Edad : 56 AÑO(S)
Habitación : REANIM02 U408
Dirección : CALLE 46 2 A 05 CASA
Convenio : COOMEVA MEDICINA PREPAGADA

Fecha Impresión: 2017/07/22

Teléfono : 5754792 3115144088

Sexo : MASCULINO

UCI

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA INGRESO AL HOSPITAL

UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ

Yo, MARTHA SANDOVAL DELGADO en mi calidad de ESPOSA, del paciente JOSE ALIRIO GOMEZ en pleno uso de mis facultades mentales y por lo tanto en capacidad de expresar mi libre albedrío, doy mi consentimiento para que sea atendido en el Hospital Universitario de la Fundación Santa Fe de Bogotá, en adelante EL HOSPITAL. Autorizo a los médicos, odontólogos y demás profesionales de la salud del HOSPITAL, a practicar los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que de acuerdo con el criterio médico se consideren necesarios. Si tuvieran que realizar una intervención quirúrgica, administrar anestesia, dar sedación moderada o profunda, transfundir productos sanguíneos o sus derivados, realizar procedimientos riesgosos para su salud o administrar tratamientos que también representen un riesgo, entiendo que tendré que autorizar estos procedimientos o tratamientos mediante un consentimiento informado especial. He sido informado que EL HOSPITAL tiene procedimientos establecidos para la disposición final de los especímenes extraídos en cirugía y biopsias, así como los obtenidos para exámenes de laboratorio o patología; estos podrán ser utilizados para propósitos académicos y de investigación. Entiendo que EL HOSPITAL es de carácter universitario y contribuye a la formación de residentes, subespecialistas y estudiantes de medicina, así como otros profesionales de la salud. De esta forma, con la debida reserva del secreto profesional y con fines académicos y de investigación, autorizo que el personal en entrenamiento conozca la información concerniente al paciente bajo la supervisión del médico responsable de su atención y que este personal en entrenamiento pueda hacer parte del equipo médico que lo atenderá, dejando claro que el directamente responsable de su cuidado es el médico tratante.

Reconozco que la información que se derive de su atención, podrá ser utilizada exclusivamente para propósitos de mejoramiento continuo de la calidad y/o investigación que en todo caso, se protegerá la confidencialidad seguridad y custodia de esta información.

Reconozco que a pesar de que EL HOSPITAL utiliza los más altos estándares de atención, no es posible garantizar en todos los casos un resultado completamente exitoso. Por último autorizo que la información sobre el estado de salud del paciente sea comunicada a: Martha Sandoval CC. 24059438

OBSERVACIONES:

En constancia se firma.

NOMBRE: Martha Sandoval

FIRMA: Martha Sandoval

DOCUMENTO: 24059438

DIRECCIÓN: C-46 No 29-08

TELÉFONO: 313 2935928- 5754792

FECHA DE FIRMA: Julio 22/17.

Soacha

3115144088 (ujo)

**Hospital
Universitario**
Fundación Santa Fe de Bogotá

Nombres y apellidos del paciente		JOSE ALIRIO GOMEZ GARCIA	
Tipo y Número del documento de identificación		C.C. 4245325	
CONSENTIMIENTO GENERAL PARA INGRESO AL HOSPITAL		22/07/2017	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

CONTROL DE DOCUMENTOS ENTREGADOS POR PACIENTE

DESCRIPCIÓN (CARACTERÍSTICAS)	CANTIDAD	QUIEN RECIBE
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS:		
CD:		
HISTORIA CLINICA DE OTRA IPS O CONSULTORIO:		
OTROS:		

R2

<p align="center">CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p align="center">INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O PROCEDIMIENTO ESPECIAL</p> <p align="center">HOS-CI-045</p> <p align="center">Versión 2</p>	<p align="center">Fundación Santa Fe de Bogotá</p>
---	---

Yo: María Sanabria con tipo de documento: TI
() CC ☒ CE () PA () No. 24.059.435, en calidad de Paciente () o Representante legal ☒ de: Dr. Alvaro Gómez con tipo de documento: TI () CC ☒
CE () PA () No. 4.245.325; con diagnóstico de: Fístula Esofago-cervical

he sido informado (a) por el (la) doctor (a) Luis B. González-Herrera - Camilo Rodríguez acerca de:
Cierre de fístula cervical izquierda + Esofagostoma + Esofagostoma
Antes del procedimiento:

Este es un procedimiento invasivo, por lo tanto se habrán analizado las alternativas disponibles para tratar su caso y se habrán hecho los estudios necesarios, antes de decidir hacerle una **intervención quirúrgica o procedimiento especial**. Tenga en cuenta que no es posible garantizar que el procedimiento será exitoso.

Es necesario que nos informe de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis dentales, marcapasos y/u otros dispositivos electrónicos, medicaciones actuales o cualquier otro antecedente médico de importancia. Puede ser necesario cambiar o suspender algunos de los medicamentos que usted usualmente toma.

¿En qué consiste la Intervención Quirúrgica ó Procedimiento Especial?:

Realizar el cierre del orificio cervical izquierdo por vía de esternotomía.
Realizar colocación de catéter y dejar Esofagostoma a cuello

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar variaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo aunque casi siempre la anestesia es....

Es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

¿Cuáles son los beneficios?

- Control de Sangre
-
-
-
-

¿Cuáles son los riesgos del procedimiento y del proceso de recuperación?:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de todo procedimiento invasivo y que puedan afectar órganos y sistemas, como los debidos a la situación actual del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad y los específicos del procedimiento:

- Infeción
- Sangrado incontrolable
- muerte

Estas situaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, antibióticos etc.) pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia. Ninguna intervención o procedimiento especial está absolutamente exenta de riesgos importantes, incluyendo la mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

Riesgos personalizados: _____

Posibles alternativas: No tiene

CONSENTIMIENTO

El (a) Doctor (a) Gerardo Herrera me ha explicado la naturaleza y propósito de la intervención quirúrgica o procedimiento especial propuesto y las alternativas anestésicas; también me ha informado de las ventajas, beneficios, complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos. Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo. De esta manera declaro cumplida a satisfacción la obligación impuesta a los médicos en el Artículo 15 de la Ley 23 de 1981 y en las demás disposiciones legales que desarrollan el tema del consentimiento informado del Paciente.

De igual forma, se me ha explicado que la información derivada de mi atención podrá ser utilizada para propósitos de mejoramiento continuo y que se protegerá la confidencialidad, seguridad y custodia de la misma.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, de resolver todas mis inquietudes e interrogantes y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente. También he sido informado de mi derecho de rechazar el tratamiento y revocar este consentimiento.

Por lo tanto declaro que he leído y entendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento en forma libre y voluntaria.

El presente documento se firma en Bogotá a los 21 días del mes de Julio 2012 del año 2012

Paciente

Firma _____

Nombre _____

Documento de identidad _____

Testigo y/o acompañante

Firma _____

Nombre _____

Documento de identidad _____

Dirección _____

Teléfono _____

Representante Legal

(Paciente menor de edad o en situación de discapacidad)

Firma Martha Sandoval

Nombre Martha Sandoval

Documento de identidad 24059435

Médico

Firma Gerardo Herrera

Nombre Gerardo Herrera

Documento de identidad 13471213

Registro médico 1701



4 Pausa al cierre de la cavidad o terminación del procedimiento invasivo

El profesional que realiza el procedimiento confirma:	Verificado	N/A	Observaciones
Conteo completo de instrumental	<input checked="" type="checkbox"/>		
Conteo completo de agujas	<input checked="" type="checkbox"/>		
Conteo completo de gases	<input checked="" type="checkbox"/>		
Conteo completo de compresas	<input checked="" type="checkbox"/>		
Conteo completo de otros insumos y/o elementos utilizados	<input checked="" type="checkbox"/>		
Muestras de laboratorio y patología, solicitadas en la historia clínica, etiquetadas con nombres completos, apellidos completos y número de documento de identificación del paciente		<input checked="" type="checkbox"/>	
Problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos		<input checked="" type="checkbox"/>	
Hora de realización de la pausa de seguridad (esta hora también queda registrada en la descripción quirúrgica o en el reporte del procedimiento)	Hora:	04:28	
El profesional que realiza el procedimiento, el anestesiólogo, enfermera o profesional asignado, revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente.			

Carrillo Rodríguez

Nombre del profesional que realiza el procedimiento

Firma

Pausa de seguridad intraoperatoria

5 Pausa de seguridad

Se realiza con el paciente anestesiado (general, regional, local o sedación), antes de iniciar el procedimiento.

Lateralidad: Derecha: _____ Izquierda: _____

Cualquier miembro del equipo confirma:	Verificado	N/A	Observaciones
Lista de chequeo con paciente despierto completa			
Equipo humano en sala, completo y presente (Cirujano o profesional que realiza el procedimiento, anestesiólogo, instrumentadora y enfermería) (auxiliar de enfermera circulante y/o enfermera) u otro profesional asignado			
Nombres completos, apellidos completos y número de documentos de identidad del paciente			
Nombre del procedimiento			
Posición quirúrgica del paciente			
Marcación del sitio quirúrgico			
Disponibilidad de los implantes o material especial necesario durante el procedimiento			
Imágenes diagnósticas necesarias están disponibles en la sala			
Hora de finalización del antibiótico profiláctico	Hora:		
Hora de realización de la pausa de seguridad (esta hora también queda registrada en el record de anestesia en procedimientos quirúrgicos y en la nota del especialista en los procedimientos invasivos)	Hora:		
Señale los miembros del equipo asistencial presente en el momento de la pausa de seguridad: Profesional que realiza el procedimiento: <input type="checkbox"/> Anestesiólogo: <input type="checkbox"/> Instrumentadora: <input type="checkbox"/> Enfermera: <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería u otro profesional: <input type="checkbox"/>			
El procedimiento no se inicia hasta que todas las preguntas estén resueltas.			

Nombre anestesiólogo o profesional que realiza el procedimiento cuando no hay anestesiólogo

Firma

Pausa de seguridad intraoperatoria

6 Pausa al cierre de la cavidad o terminación del procedimiento invasivo

El profesional que realiza el procedimiento confirma:	Verificado	N/A	Observaciones
Conteo completo de instrumental			
Conteo completo de agujas			
Conteo completo de gases			
Conteo completo de compresas			
Conteo completo de otros insumos y/o elementos utilizados			
Muestras de laboratorio y patología, solicitadas en la historia clínica, etiquetadas con nombres completos, apellidos completos y número de documento de identificación del paciente			
Problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos			
Hora de realización de la pausa (esta hora también queda registrada en la descripción quirúrgica o en el reporte del procedimiento)	Hora:		
El profesional que realiza el procedimiento, el anestesiólogo, enfermera o profesional asignado, revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente.			

Nombre del profesional que realiza el procedimiento

Firma

Listas de chequeo quirúrgico o procedimientos invasivos quirófanos

Fecha: Jul 22 / 17

Nombres completos y apellidos completos del paciente: José Alvaro Gómez

Número documento de identidad: 4 245 325 Edad: 56 Años

Nombre del procedimiento: Cierre de Fístula Anal (2017) - Esófagoctomía

1 Lista de chequeo con paciente despierto

URGENCIA - VITAL

Parte 1: Antes de iniciar el procedimiento

Enfermería confirma:	Verificado	N/A	Observaciones
Con paciente	Verifica con el paciente y/o tutor, sus nombres completos, apellidos completos y el número de su documento de identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Verifica que el paciente cumple con el ayuno requerido	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Verifica si el paciente tiene alergias conocidas	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>NO</u>
Enfermera o auxiliar de enfermería	Verifica que está el consentimiento informado de la cirugía o procedimiento debidamente diligenciado	<input checked="" type="checkbox"/>	Esta información también se encuentra en el módulo de enfermería
	Verifica que el procedimiento a realizar coincide con el registrado en el consentimiento informado para la cirugía o procedimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Verifica que esté la evaluación pre-anestésica	<input checked="" type="checkbox"/>	Esta información también se encuentra en el módulo de enfermería
	Verifica que el consentimiento informado de anestesia esté adecuadamente diligenciado	<input checked="" type="checkbox"/>	Esta información también se encuentra en el módulo de enfermería
	Verifica que están disponibles las imágenes diagnósticas requeridas para la cirugía o procedimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Verifica que el formato de conciliación de medicamentos está diligenciado	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Verifica última dosis de anticoagulante y/o antiagregante plaquetario	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>20-Julio 2017</u> <u>Rivas xaban</u>

Parte 2: En la sala

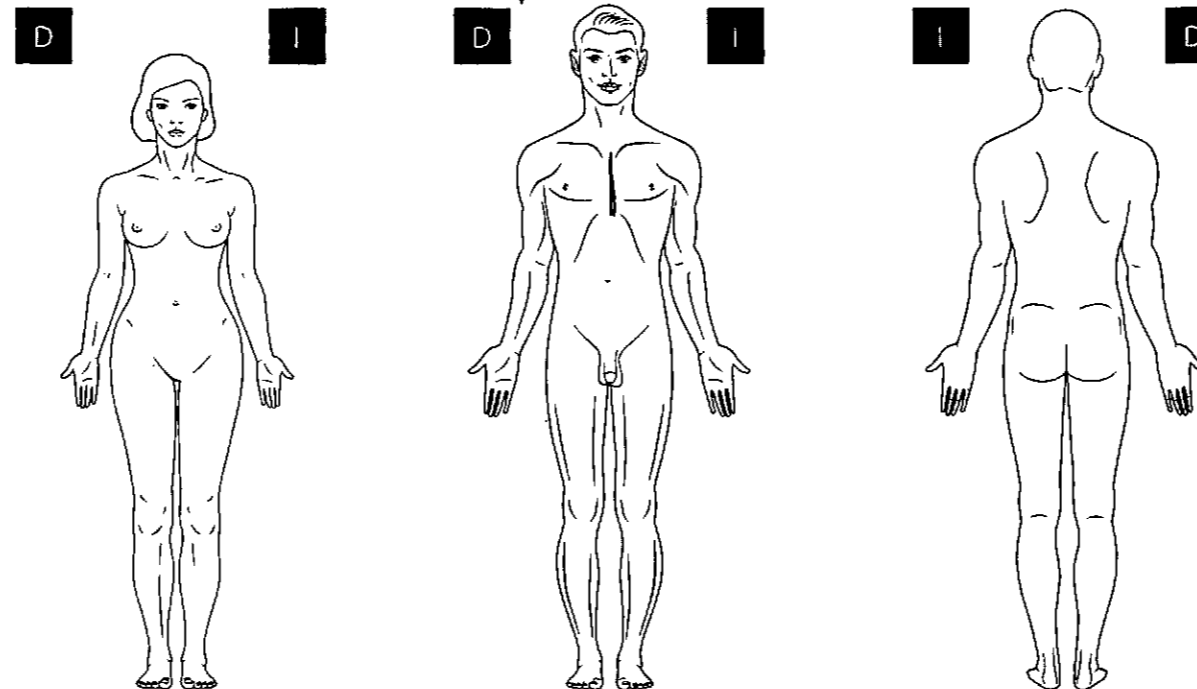
Enfermería confirma:	Verificado	N/A	Observaciones
Con anestesiólogo	Verifica la necesidad de hemocomponentes	<input checked="" type="checkbox"/>	Esta información también se encuentra en el módulo de enfermería
	Verifica el funcionamiento correcto del equipamiento de anestesia	<input checked="" type="checkbox"/>	
Enfermera o auxiliar de enfermería	Verifica si requiere reserva de hemocomponentes, en la historia clínica y con el servicio transfusional	<input checked="" type="checkbox"/>	Esta información también se encuentra en el módulo de enfermería
	Verifica si tiene el consentimiento informado de transfusión de hemoderivados adecuadamente diligenciado, si tiene reserva de hemocomponentes	<input checked="" type="checkbox"/>	
Con cirujano	Verifica si el paciente tiene infección activa	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Verifica que se haya realizado la marcación del sitio quirúrgico	<input checked="" type="checkbox"/>	
Con instrumentadora	Verifica la disponibilidad de los implantes o material especial necesario durante el procedimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Verifica la disponibilidad de los equipos necesarios para el procedimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	

2 Marcación del sitio quirúrgico inserción o punción

Fecha y hora: Jul. 22/17

Nombre del cirujano: Camilo Rodríguez

Firma: [Firma]



Lista de chequeo: Funcionamiento de equipos y medidas de protección del paciente

Relacionado con equipos			Relacionado con el paciente		
	Verificado	N/A		Verificado	N/A
Funcionamiento de luces	<input checked="" type="checkbox"/>		Confirma rasurado correcto de sitio operatorio	<input checked="" type="checkbox"/>	
Funcionamiento de electro-bisturí	<input checked="" type="checkbox"/>		Verifica la colocación de la placa de electro-bisturí	<input checked="" type="checkbox"/>	
Funcionamiento de lámpara cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/>		Verifica la posición del paciente	<input checked="" type="checkbox"/>	
Funcionamiento de microscopio	<input checked="" type="checkbox"/>		Verifica y protege áreas de presión	<input checked="" type="checkbox"/>	
Funcionamiento de torre de laparoscopia u otro tipo	<input checked="" type="checkbox"/>		Verifica la colocación de medias y fundas de compresión	<input checked="" type="checkbox"/>	
Neumoinflador	<input checked="" type="checkbox"/>				
Fuente de luz	<input checked="" type="checkbox"/>				
Monitores	<input checked="" type="checkbox"/>				
Equipo de grabación de video	<input checked="" type="checkbox"/>				
Funcionamiento de succiones	<input checked="" type="checkbox"/>				
Funcionamiento otros equipos (endoscopia - broncoscopia)	<input checked="" type="checkbox"/>				
Observaciones:					

3 Pausa de seguridad

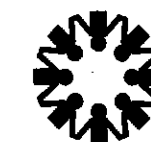
Se realiza con el paciente anestesiado (general, regional, local o sedación), antes de iniciar el procedimiento.

Lateralidad: Derecha: _____ Izquierda: _____

Cualquier miembro del equipo confirma:	Verificado	N/A	Observaciones
Lista de chequeo con paciente despierto completa	✓		
Equipo humano en sala, completo y presente (Cirujano o profesional que realiza el procedimiento, anestesiólogo, instrumentadora y enfermería) (auxiliar de enfermera circulante y/o)enfermera) u otro profesional asignado	✓		
Nombres completos, apellidos completos, número de documento de identificación del paciente	✓		
Nombre del procedimiento	✓		
Posición quirúrgica del paciente	✓		
Marcación del sitio quirúrgico	✓		
Disponibilidad de los implantes o material especial necesario durante el procedimiento	✓		
Imágenes diagnósticas necesarias están disponibles en la sala	✓		
Hora de finalización del antibiótico profiláctico	Piperacilino Tobramicina Dobromicina		
Hora de realización de la pausa de seguridad (esta hora también queda registrada en el record de anestesia en procedimientos quirúrgicos y en la nota del especialista en los procedimientos invasivos)	Hora: 14:08		
Señale los miembros del equipo asistencial presente en el momento de la pausa de seguridad:			
Profesional que realiza el procedimiento: <input checked="" type="checkbox"/> Anestesiólogo: <input checked="" type="checkbox"/> Instrumentadora: <input checked="" type="checkbox"/>			
Enfermera: <input checked="" type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería u otro profesional: <input checked="" type="checkbox"/>			
El procedimiento no se inicia hasta que todas las preguntas estén resueltas.			

[Firma]
Nombre anestesiólogo o profesional que realiza el procedimiento cuando no hay anestesiólogo

[Firma]
Firma



Fundación Santa Fe de Bogotá

Un Angela Ofens cols
Nombre enfermera / auxiliar de enfermería / profesional encargado

A. MORA 18449
Firma

MARCEY LILIANA RAMOS AVILA
Nombre auxiliar de enfermería o profesional asignado

M. RAMOS 13664
Firma

PLANILLA DE PERFUSION

Código: RE-4.4.2-14

Version :01

NUMERO

SALA

4

PROGRAMADA

URGENCIA

DIA MES AÑO

22 7 17

CARDIOP 1.500cc

ANTEROG

RETROGRADA

COMBINADA

HMFC 3.000cc P.R.

MUF H.N.V.

DESF D.V.A.

SALVADOR DE CELULAS

QUIRUGANO Dr. Rodriguez

AYUDANTE Dr.

ANESTESIA Dr. W. Amaya

PERFUSION Liliana

INSTRUMENTOS Carol Diaz P.H.

DIAGNOSTICO

CIRUGIA REALIZADA

CIRUGIA PREVIA

Fistula auriculo-esofagica.

Repara fistula auriculo-esofagica.

Aislamiento Venas pulmonares

Mediastinitis choque Hixto.

27 ds.

PERFUSION 1+47-3:32 105
CLAMP AORTICO 11:55-3:24 89
HEPARINA P.D. 210mgs. 1:24
HEPARINA S.D. 2:00 50mgs
HEPARINA PURGA 2:39 80mgs. 50mgs
TOTAL HEPARINA 360mgs.
PROTAMINA 350mgs.

S.S.N.

MANITOL 200cc

HCO3 50cc

MAGNESIO 2gr.

G.R.E. SC: 1956674A 2:00

SC: 610680 2:38

SC: 614042 3:22

PURGA

LACTATO RINGER 1.200cc

ANTIBIOTICO

A. TRANEXAMICO 1gr.

ALBUMINA

20% 100cc

SANGRE TOTAL

PLASMA 17512677 - 17511917

175133279

HORA	PH	PCO2	PO2	HCO3	BE	SO	HTO	PA	P.L	GC	T	FIO2	L	GL	K	Na	LAC	ACT
1:36								78			36	70%	1					519
12:52	7:23	42	146	18.2	-8.6	99	27	51									2.6	
1:57	7:30	41.8	39.9	20.9	-4.9	68.9	24	60	150	4.9	35.7	85%	2/3	243	4.4	136	3.1	423
2:20	7:28	38.7	233	17.8	-8.0	100	18	57	180	5.5	35.4	85%	2/3.5	218			3.4	
2:41								68	210	5.5	36.2	85%	2/3.5					449
3:00	7:37	31.4	354	21.7	-3.3	70.9	23.6	58	210	5.5	36.2	85%	2/3.5	165	4.9	134	3.9	999
4:00	7:39	35.9	113	21.8	-2.8	99	22	75			37	70%	1	159	4.2	131	5.1	130

DIURESIS

MARCAPASO

PRE 400cc

TRANS 340cc

POST 550cc

VENTRICULAR

AURICULAR

SECUENCIAL

MEDICAMENTOS

GOTEOS

SEBORANE 2uol/
XILOCAINA 140mgs.
FENTANYL 100mcg
DORMICUN
RELAJANTE Vecuronio 6mgs. - 5mgs
OTROS Humulin C 10u + 10u. 2:22.

COROTROPE 0.375 mcg/kg/min. I.N.T.G.
NORADRENA 0.12 mcg/kg/min. N.T.P.
DOBUTAMINA 5 mcg/kg/min. INSULINA
DOPAMINA
ADRENALINA
OTROS
LEVOSIMENDAN
VASOPRESINA

EDAD 56 años.
PESO 70 kg
170 cms
180 m2
FLUJO 43-53 lpm.
COMPLICACIONES

HTO 40,3/13,9
GL
K 3.7
NA 134
CT 1.69
CAT
F.E.
ECO
GRUPO A(+)
PLAQ 251.000.

José Alirio
Gómez García
HC: 4245325
Coomera

LISTA DE CHEQUEO PRE CIRCULACION EXTRACORPÓREA

1. **REVISION HISTORIA CLINICA** ✓
2. **ESTERILIDAD**
Paquetes integros. ✓
Indicadores de esterilizacion. ✓
Fecha de expiracion.
3. **LINEAS Y TUBERIAS DE LA BOMBA**
Conexiones seguras.
Correcta direccion de la tuberia.
No acodaduras.
Valvulas de una via en direccion correcta. ✓
Circuito libre de burbujas y goteos.
Clampeo de lineas arterial y venosa.
4. **BOMBA** S3
Controles de velocidad operando. ✓
Oclusion chequeado. ✓
Verificacion de calibracion fina.
Sensor de flujo colocado, direccion y calibrado.
Bateria.
5. **CONTROL TERMICO** T2
Conexiones a manta y oxigenadores.
Verificar direccion en el intercambiador. ✓
Verificar nivel del agua. ✓
Termometros rectal y de membrana.
6. **DISPOSITIVOS**
Pinzas de tuberia.
Medicamentos embasados y rotulados.
Soluciones disponibles. Custodial (2). ✓
Productos sanguineos chequeados.
7. **ANTICOAGULACION**
Verificacion dosis de heparina.
Heparinizacion del circuito. ✓
Hemocron conectado y calibrado.
Dispositivos de A.C.T.
8. **DRENAJE VENOSO ASISTIDO**
Verificacion del vaccin. ✓
Sensor de presion negativa calibrado.
Equipo probado. (Pito)

9. **SUMINISTRO DE GASES**
BLENDER MECANICO ☒
BLENDER ELECTRONICO ☐
Verificacion de conexi3n de gases.
Flujometro y blender funcionando. ✓
Verificacion de alarmas. ✓
Mangueras libres de acodaduras.
Verificacion Vaporizador Se desconecta

10. **BACKUP**
Manivelas disponibles.
Bala de oxigeno disponible.
Verificacion bateria de la maquina.
Luz de emergencia disponible. ✓
Duplicado del circuito.
Hand craft segun bomba.

11. **SEGURIDAD.**
Sensor de nivel. ☐
Sensor de burbuja. ☐
Presion en linea. ☒
Gases en linea. ☐
Temperatura de membrana. ☒
Capnografo ☐

12. **EQUIPO DESECHABLE UTILIZADO.**

	MARCA	TAMAÑO
OXIGENADOR	Bianco	Fusion
FILTRO ARTERIAL		integrado
HEMOFILTRO		Splint 114202
TUBERIA		Prosthetic 3/8-1/2
CENTRIFUGA		Reccolition
RODILLO		x 3 soluciones
CANULA ARTERIAL		BOIR 20
CANULA VENOSA		Tubiflow 24-27
CARDIOPLEGIA		2013 40 en y
VENT.		
CATETER ASPIRACION INTRACARDIACA		Reccolition x 2
KIT DILATADORES.		
SALVADOR DE CELULAS		
OTROS		

LOT	1609150176
REF	08009
COD.	2019-09-15

	380132

PIE JOSE ALIRIO GOMEZ GARCIA
CC 4245325 22107122

(1)

RADIOMETER ABL90 SERIES

ABL90 FUNDACION SANTAFE DE BOGOTA I35 12:52 AM 7/22/2017
INFORME PACIENTE Jeringa - J 65uL Muestra # 1793

Identificadores

ID muestra
ID paciente 4245325
Apellido paciente GOMEZ GARCIA
Nombre de paciente JOSE ALIRIO
Tipo muestra Arterial
T 37.0 °C
FO₂(I) 80.0 %

Valores de Gases en Sangre

pH 7.239
pCO₂ 42.6 mmHg
pO₂ 146 mmHg

Valores Corregidos por Temp.

pH(T) 7.239
pCO₂(T) 42.6 mmHg
pO₂(T) 146 mmHg

Estado Ácido-Base

cHCO₃⁻(P)_c 18.2 mmol/L
cBase(B)_c -8.6 mmol/L
cBase(Ecf)_c -9.2 mmol/L

Valores de Electrolitos

cCa²⁺ 1.01 mmol/L
cCl⁻ 111 mmol/L
cK⁺ 3.7 mmol/L
cNa⁺ 141 mmol/L

Valores de Metabolitos

cGlu 283 mg/dL
cLac 2.6 mmol/L

Valores de Oximetría

ctHb 12.3 g/dL
sO₂ 99.3 %
Hct_c 37.8 %

Notas

c Valores calculados

Lote Paq Soluc.: YK-11
Impreso 0:53.06AM 7/22/2017

Casete - tanda #: 151-173

(2)

RADIOMETER ABL90 SERIES

ABL90 FUNDACION SANTAFE DE BOGOTA I35 01:58 AM 7/22/2017
INFORME PACIENTE Jeringa - J 65uL Muestra # 1794

Identificadores

ID muestra
ID paciente 4245325
Apellido paciente GOMEZ GARCIA
Nombre de paciente JOSE ALIRIO
Tipo muestra Venosa
T 35.7 °C
FO₂(I) 85.0 %

Valores de Gases en Sangre

pH 7.308
pCO₂ 41.8 mmHg
pO₂ 39.9 mmHg

Valores Corregidos por Temp.

pH(T)_c 7.326
pCO₂(T)_c 39.5 mmHg
pO₂(T)_e 36.5 mmHg

Estado Ácido-Base

cHCO₃⁻(P)_c 20.9 mmol/L
cBase(B)_c -4.9 mmol/L
cBase(Ecf)_c -5.4 mmol/L

Valores de Electrolitos

cCa²⁺ 0.99 mmol/L
cCl⁻ 106 mmol/L
cK⁺ 4.4 mmol/L
cNa⁺ 136 mmol/L

Valores de Metabolitos

cGlu 243 mg/dL
cLac 3.1 mmol/L

Valores de Oximetría

ctHb 8.1 g/dL
sO₂ 68.9 %
Hct_c 24.9 %

Notas

c Valores calculados
e Valores estimados

Lote Paq Soluc.: YK-11
Impreso 1:58.15AM 7/22/2017

Casete - tanda #: 151-173

RADIOMETER ABL90 SERIES

ABL90 FUNDACION SANTAFE DE BOGOTA I3: 02:21 AM 7/22/2017
INFORME PACIENTE Jeringa - J 65uL Muestra # 1795

Identificadores

ID muestra
ID paciente 4245325
Apellido paciente GOMEZ GARCIA
Nombre de paciente JOSE ALIRIO
Tipo muestra Arterial
T 34.5 °C
FO₂(I) 85.0 %

Valores de Gases en Sangre

pH 7.288
pCO₂ 37.3 mmHg
pO₂ 233 mmHg

Valores Corregidos por Temp.

pH(T)_c 7.323
pCO₂(T)_c 33.4 mmHg
pO₂(T)_e 224 mmHg

Estado Ácido-Base

cHCO₃⁻(P)_c 17.8 mmol/L
cBase(B)_c -8.0 mmol/L
cBase(Ecf)_c -8.8 mmol/L

Valores de Electrólitos

cCa²⁺ 0.82 mmol/L
cCl⁻ 98 mmol/L
cK⁺ 5.3 mmol/L
cNa⁺ 124 mmol/L

Valores de Metabolitos

cGlu 218 mg/dL
cLac 3.4 mmol/L

Valores de Oximetría

ctHb 6.0 g/dL
sO₂ 100.7 %
Hct_c 18.3 %

Notas

c Valores calculados
e Valores estimados

Lote Paq Soluc.: YK-11
Impreso 2:21:49AM 7/22/2017

Casete - tanda # 151-173

RADIOMETER ABL90 SERIES

ABL90 FUNDACION SANTAFE DE BOGOTA I3: 03:04 AM 7/22/2017
INFORME PACIENTE Jeringa - J 65uL Muestra # 1796

Identificadores

ID muestra
ID paciente 4245325
Apellido paciente GOMEZ GARCIA
Nombre de paciente JOSE ALIRIO
Tipo muestra Venosa
T 36.2 °C
FO₂(I) 85.0 %

Valores de Gases en Sangre

pH 7.371
pCO₂ 37.4 mmHg
pO₂ 35.4 mmHg

Valores Corregidos por Temp.

pH(T)_c 7.383
pCO₂(T)_c 36.1 mmHg
pO₂(T)_e 33.4 mmHg

Estado Ácido-Base

cHCO₃⁻(P)_c 21.7 mmol/L
cBase(B)_c -3.3 mmol/L
cBase(Ecf)_c -3.6 mmol/L

Valores de Electrólitos

cCa²⁺ 0.88 mmol/L
cCl⁻ 103 mmol/L
cK⁺ 4.9 mmol/L
cNa⁺ 134 mmol/L

Valores de Metabolitos

cGlu 165 mg/dL
cLac 3.9 mmol/L

Valores de Oximetría

ctHb 7.7 g/dL
sO₂ 70.9 %
Hct_c 23.6 %

Notas

c Valores calculados
e Valores estimados

Lote Paq Soluc.: YK-11
Impreso 3:04:58AM 7/22/2017

Casete - tanda # 151-173

ABL90 SERIES

ABL90 FUNDACION SANTAFE DE BOGOTA I3: 04:54 AM 7/22/2017
INFORME PACIENTE Jeringa - J 65uL Muestra # 1797

CIA

mmHg

mmHg

mmHg

mmHg

mmol/L

mmol/L

mmol/L

mmol/L

mmol/L

mmol/L

mmol/L

mg/dL

mmol/L

g/dL

%

%

a # 151-173

RADIOMETER ABL90 SERIES

ABL90 FUNDACION SANTAFE DE BOGOTA I31 02:21 AM 7/22/2017
INFORME PACIENTE Jeringa - J 65uL Muestra # 1795

Identificadores

ID muestra
ID paciente 4245325
Apellido paciente GOMEZ GARCIA
Nombre de paciente JOSE ALIRIO
Tipo muestra Arterial
T 34.5 °C
FO₂(I) 85.0 %

Valores de Gases en Sangre

pH 7.288
pCO₂ 37.3 mmHg
pO₂ 233 mmHg

Valores Corregidos por Temp.

pH(T)_c 7.323
pCO₂(T)_c 33.4 mmHg
pO₂(T)_e 224 mmHg

Estado Ácido-Base

cHCO₃⁻(P)_c 17.8 mmol/L
cBase(B)_c -8.0 mmol/L
cBase(Ecf)_c -8.8 mmol/L

Valores de Electrolitos

cCa²⁺ 0.82 mmol/L
cCl⁻ 98 mmol/L
cK⁺ 5.3 mmol/L
cNa⁺ 124 mmol/L

Valores de Metabolitos

cGlu 218 mg/dL
cLac 3.4 mmol/L

Valores de Oximetría

ctHb 6.0 g/dL
sO₂ 100.7 %
Hct_c 18.3 %

Notas

c Valores calculados
e Valores estimados

Lote Paq Soluc.: YK-11 Casete - tanda #: 151-173
Impreso 2:21:49AM 7/22/2017

RADIOMET

ABL90 FUNDACION SANTAFE
INFORME PACIENTE

Identificadores

ID muestra
ID paciente
Apellido paciente
Nombre de paciente
Tipo muestra
T
FO₂(I)

Valores de Gases en

pH
pCO₂
pO₂

Valores Corregidos por Temp.

pH(T)_c
pCO₂(T)_c
pO₂(T)_e

Estado Ácido-Base

cHCO₃⁻(P)_c
cBase(B)_c
cBase(Ecf)_c

Valores de Elec

cCa²⁺
cCl⁻
cK⁺
cNa⁺

Valores de M

cGlu
cLac

Valores de

ctHb
sO₂
Hct_c

Notas

c
e

Lote Paq Soluc.: YK-11
Impreso 4:54:10AM 7/22/2017
Lote Paq Soluc.: YK-11
Impreso 3:04:58AM 7/22/2017

RADIOMETER ABL90 SERIES

ABL90 FUNDACION SANTAFE DE BOGOTA I31 04:54 AM 7/22/2017
INFORME PACIENTE Jeringa - J 65uL Muestra # 1797

Identificadores

ID muestra
ID paciente 4245325
Apellido paciente GOMEZ GARCIA
Nombre de paciente JOSE ALIRIO
Tipo muestra Arterial
T 37.0 °C
FO₂(I) 70.0 %

Valores de Gases en Sangre

pH 7.391
pCO₂ 35.9 mmHg
pO₂ 113 mmHg

Valores Corregidos por Temp.

pH(T)_c 7.391
pCO₂(T)_c 35.9 mmHg
pO₂(T)_e 113 mmHg

Estado Ácido-Base

cHCO₃⁻(P)_c 21.8 mmol/L
cBase(B)_c -2.9 mmol/L
cBase(Ecf)_c -3.1 mmol/L

Valores de Electrolitos

cCa²⁺ 0.95 mmol/L
cCl⁻ 104 mmol/L
cK⁺ 4.2 mmol/L
cNa⁺ 139 mmol/L

Valores de Metabolitos

cGlu 159 mg/dL
cLac 5.1 mmol/L

Valores de Oximetría

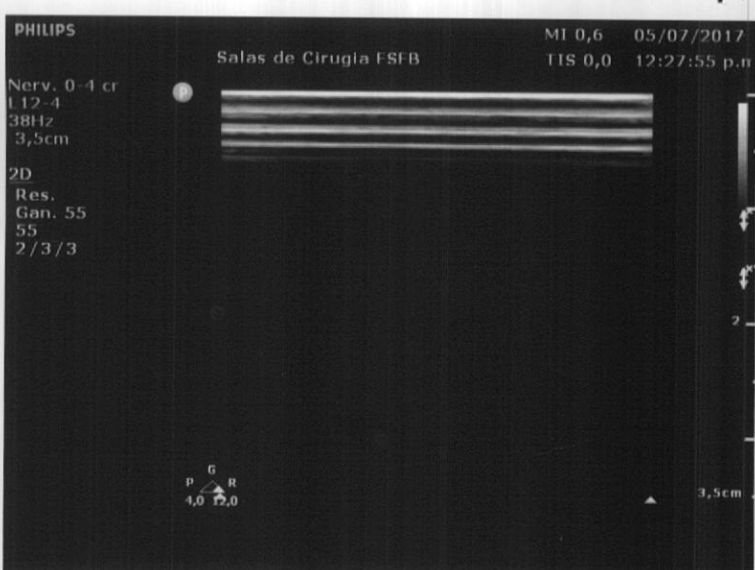
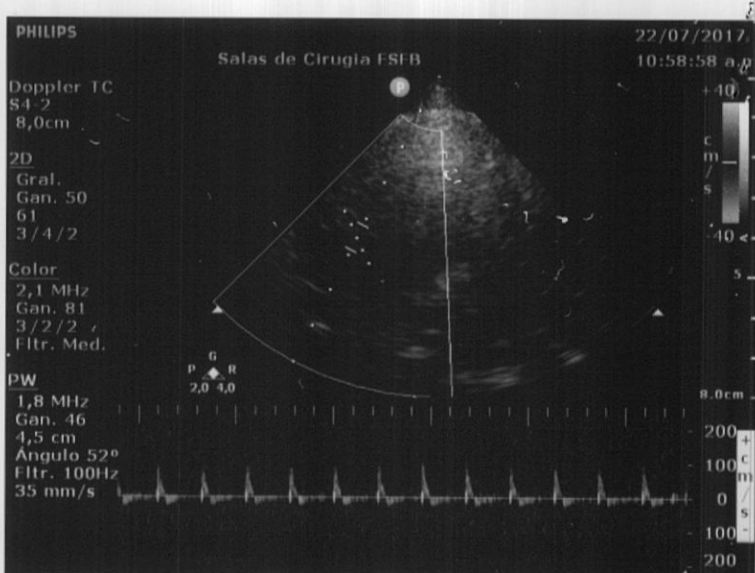
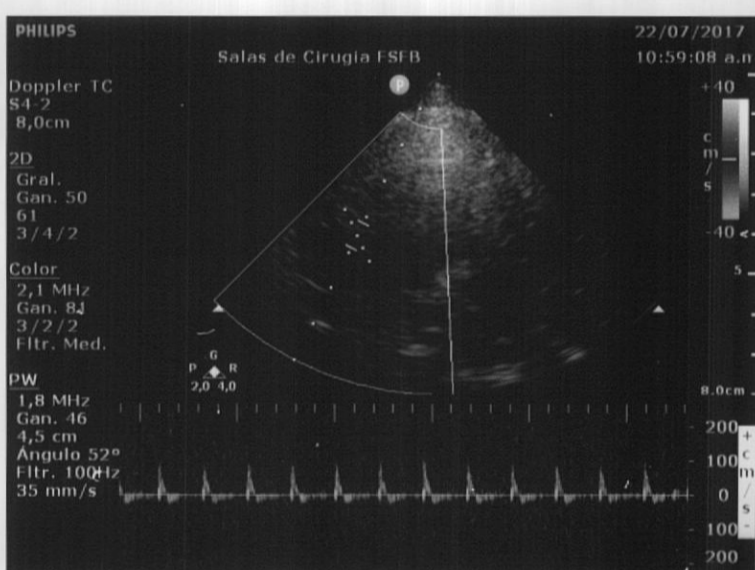
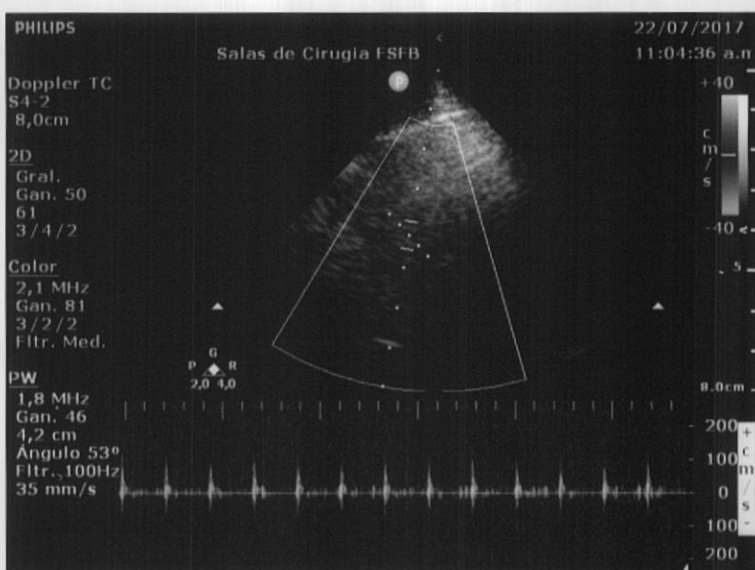
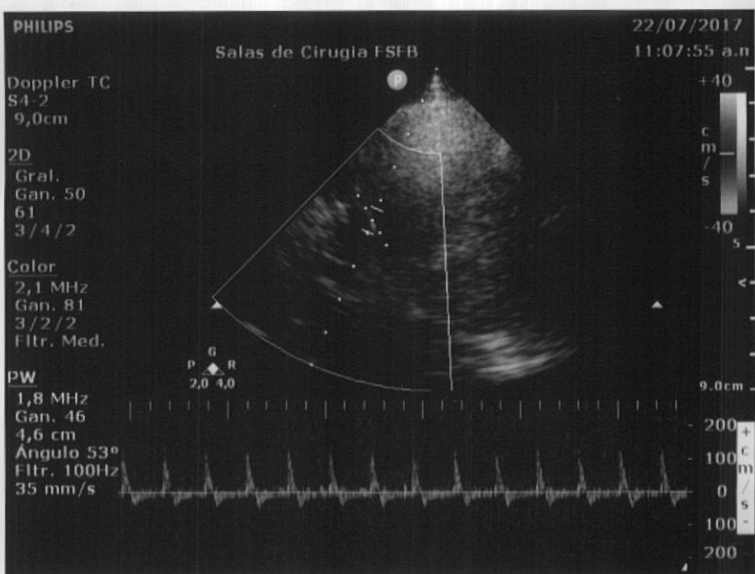
ctHb 9.1 g/dL
sO₂ 99.5 %
Hct_c 27.9 %

Notas

c Valores calculados
e Valores estimados

Lote Paq Soluc.: YK-11
Impreso 4:54:10AM 7/22/2017
Casete - tanda #: 151-173

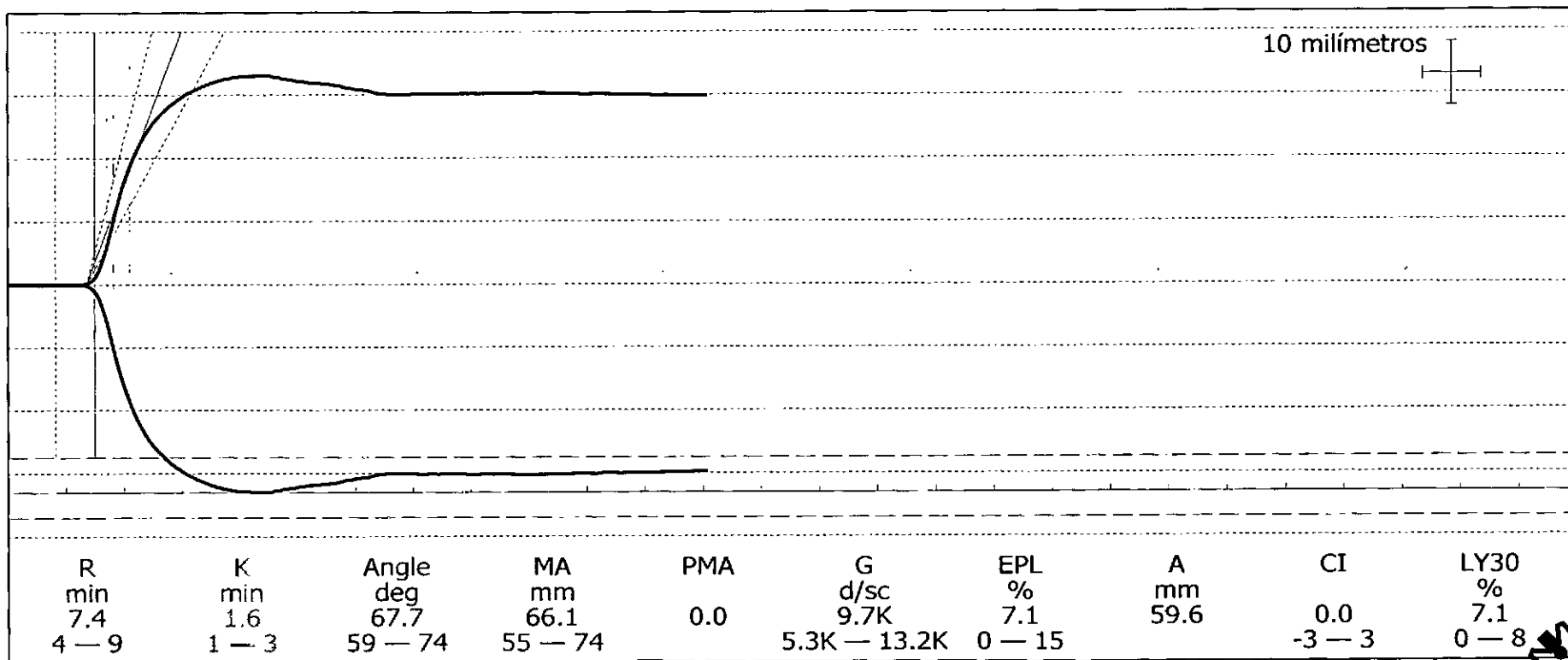
Jose Alvaro Gomez Garza
H.C. 4.245.325
Coomar Med. Prepagado



Jose Alirio Gomez Garcia
H.C 4.245.325
Coomas Med. Prepagada

2 GOMEZ GARCIA, JOSE ALIRIO -- 4245325 [cardiovascular]
 CARDIOVASCULAR

Kaolin with heparinase
 Muestra: 22/07/2017 04:57AM-



Hospital
 Universitario
 Fundación Santa Fe de Bogotá

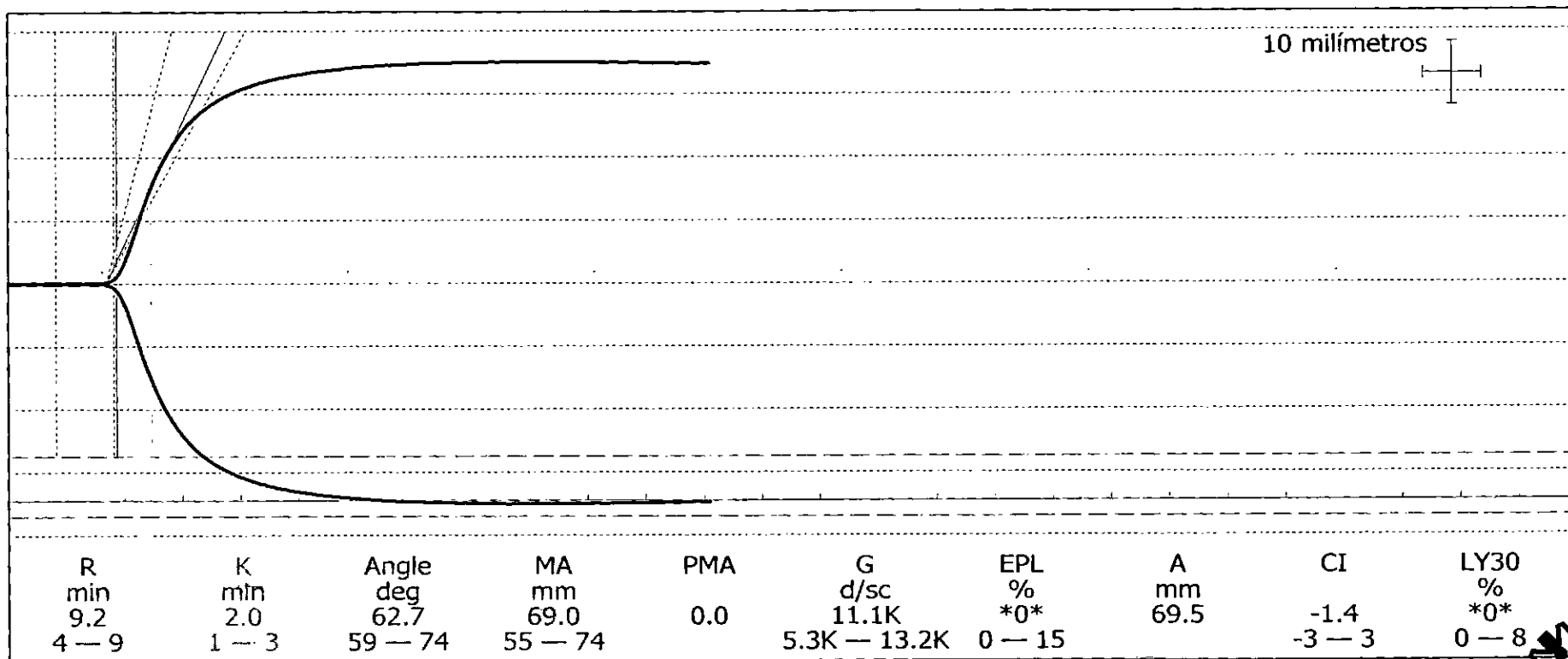
1

GOMEZ GARCIA, JOSE ALIRIO -- 4245325 [cardiovascular]

Kaolin

CARDIOVASCULAR

Muestra: 22/07/2017 04:57AM-



Hospital
Universitario
Fundación Santa Fe de Bogotá

CONSENTIMIENTO INFORMADO
TRANSFUSIÓN
SANGUÍNEA Y HEMOCOMPONENTES

HOS-CI-046

Versión 2

Departamento de Patología y
Laboratorio Clínico

Yo: MARTHA SANDOVAL DELGADO con tipo de documento:
TI ☐ CC ☒ CE ☐ PA ☐ No. 24059435, en calidad de Paciente ☐ o Representante
legal ☒ de: Jose Alirio Gomez Garcia con tipo de documento: RN ☐ RC
☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ PA ☐ No. 4245325 con diagnóstico de

he sido informado (a) por el (a) doctor (a) _____ acerca de:

Antes del procedimiento:

Este es un procedimiento invasivo, por lo tanto se habrán analizado las alternativas disponibles para tratar su caso y se habrán hecho los estudios necesarios antes de decidir hacerle una **transfusión sanguínea o de hemocomponentes**. Tenga en cuenta que no es posible garantizar que el procedimiento será exitoso.

¿En qué consiste la Transfusión Sanguínea y Hemocomponentes?:

La transfusión consiste en la administración de sangre humana o alguno de sus componentes como plasma fresco, crioprecipitados o plaquetas a los pacientes que lo precisen, con el fin de reponer su pérdida o el déficit en su producción. Se administra a través de una vena del paciente como si fuera suero.

La sangre y sus componentes proceden de donantes que gozan de buena salud. Todos los donantes son seleccionados con criterios médicos y la sangre se estudia cuidadosamente con los análisis que exigen las leyes. Puede ser necesaria la transfusión de sangre y otros componentes sanguíneos como plaquetas, crioprecipitados y plasma fresco, bien porque se precise durante una intervención quirúrgica o bien porque tenga una enfermedad en la que se necesiten transfusiones.

Es necesario que nos informe de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, medicaciones actuales o cualquier otro antecedente médico de importancia.

¿Cuáles son los beneficios?:

Repone de manera individualizada, cualquiera de los componentes sanguíneos cuya deficiencia está causando enfermedad o amenaza la vida del paciente, aliviando o mejorando así el estado de salud.

¿Cuáles son los riesgos del procedimiento y del proceso de recuperación?:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de todo procedimiento invasivo y que puedan afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a las condiciones actuales del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad y los **específicos del procedimiento**:

Infecciosos o Inmunológicos.

- En el primer caso, los bancos de sangre hacen las pruebas obligatorias para identificar donantes con Hepatitis B, Hepatitis C, VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), HTLV sífilis y Enfermedad de Chagas; pese a ello existe una remota posibilidad de contagio que se estima en 2-3 casos por un millón de transfusiones para el VIH y en 10-25 casos por un millón de transfusiones para la hepatitis B o hepatitis C. Estas cifras indican que es realmente excepcional contagiarse en la actualidad.

- Por otra parte, las características biológicas propias del donante y del receptor hacen probables los riesgos inmunológicos y se relacionan con la posibilidad que el paciente-receptor tenga problemas respiratorios, renales, cardiovasculares y alérgicos posteriores a la transfusión.

Estas situaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, antibióticos etc.).

Riesgos personalizados: _____

Posibles alternativas:

1. En casos seleccionados de no emergencia, se puede recurrir a la administración de medicamentos que impidan o limiten el sangrado, o que aumenten el número de células, por ejemplo el empleo de la eritropoyetina en los enfermos renales.
2. En cirugía programada, se puede recurrir a alternativas como la autotransfusión: que es el depósito pre quirúrgico de la propia sangre del paciente, o a la utilización de técnicas que recuperen la sangre perdida durante cirugía y la reinfundan al paciente.

El (a) Doctor (a) William Araya **CONSENTIMIENTO** me ha explicado la naturaleza y propósitos del procedimiento especial propuesto, también me ha informado de las ventajas, beneficios, complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos. Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo. De esta manera declaro cumplida a satisfacción la obligación impuesta a los médicos en el Artículo 15 de la Ley 23 de 1981 y en las demás disposiciones legales que desarrollan el tema del consentimiento informado del paciente.

De igual forma, se me ha explicado que la información derivada de mi atención podrá ser utilizada para propósitos de mejoramiento continuo y que se protegerá la confidencialidad, seguridad y custodia de la misma.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, de resolver todas mis inquietudes e interrogantes y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente. También he sido informado de mi derecho de rechazar el tratamiento y revocar este consentimiento.

Por lo tanto declaro que he leído y entendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento en forma libre y voluntaria.

El presente documento se firma en Bogotá a los 22 días del mes de Julio del año 2017.

Paciente

Firma _____
Nombre _____
Documento de identidad _____

Testigo y/o acompañante

Firma _____
Nombre _____
Documento de identidad _____

Representante Legal

(paciente menor de edad o en situación de discapacidad)

Firma Marta Sandoval
Nombre MARTHA SANDOVAL
Documento de identidad 24059435

Médico

Firma William Araya
Nombre _____
Documento de identidad 99999999
Registro médico _____

Fundación Santa Fe de Bogotá

Hospital Universitario





CONSENTIMIENTO INFORMADO

ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DE MEDIO DE CONTRASTE

HOS-CI-207
Versión 2

Departamento de Imágenes Diagnósticas

Yo: Jose Alvaro Gomez Garcia con tipo de documento: TI
() CC () CE () PA () No. _____, en calidad de Paciente () o Representante
legal () de: _____ con tipo de documento: RN () RC () TI
() CC () CE () PA () No. _____; con diagnóstico
de: Bronquitis

he sido informado (a) por el (a) doctor (a) Heinon Perez acerca de:
Angiogram de torax

Antes del procedimiento: Su médico tratante le ha solicitado un estudio con medio de contraste Intravenoso yodado. Esta sustancia contiene yodo y puede generar reacciones adversas por lo tanto es importante que Ud. nos advierta de posibles alergias medicamentosas, asma, falla renal, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares o reacciones adversas anteriores al medio de contraste.

El paciente debe venir en ayunas, es decir, no haber ingerido alimentos sólidos o líquidos durante las 6 horas anteriores al procedimiento. En niños menores de 4 años, el periodo de ayuno será de 4 horas. Paciente mayor de 70 años con antecedentes de falla renal o diabetes debemos conocer su función renal y por tanto debe tener un examen de laboratorio de Creatinina. Si el Paciente es diabético y toma METFORMINA (Glucophage®) y tiene una tasa de filtración glomerular menor a 60 ml/min/m² debe suspender el medicamento 48 horas antes y reiniciarlo 48 horas posterior al examen, si no existe disminución en la función renal.

El contraste endovenoso está contraindicado en Pacientes con historia de mieloma múltiple o gamapatía monoclonal.

¿En qué consiste el Procedimiento? Para la administración del medio de contraste, le será canalizada una vena en el brazo, le será administrado el medio de contraste con inyección manual o utilizando un aparato mecánico llamado inyector para controlar exactamente la velocidad y el volumen de la inyección, podrá sentir una sensación de calor o frío y en algunas ocasiones un poco de náusea. Después del examen podrá comer normalmente, debe tomar abundantes líquidos, y debe reiniciar sus medicamentos habituales

¿Cuáles son los beneficios?: La inyección del medio de contraste es una sustancia que al inyectarse permite una mejor visualización de los órganos internos y ayuda a caracterizar las lesiones del organismo

¿Cuáles son los riesgos del procedimiento y del proceso de recuperación?: Los medios de contraste yodado intravenoso poseen un riesgo de reacción, las cuales pueden variar en severidad, desde reacciones menores hasta fatales.

Reacciones leves: Náusea, vómito, sudoración, sensación de calor, alteración del gusto (sabor metálico), picazón generalizada, ampollas o enrojecimiento de la piel, dolor de cabeza, palidez generalizada, congestión nasal, mareo, escalofrío, edema facial, ansiedad.

Reacciones Moderadas: Taquicardia, hipertensión, dificultad respiratoria, vómito severo, sibilancias (silbido en el pecho), broncoespasmo.

Reacciones Severas: Alergias severas, convulsiones, paro cardio-respiratorio.

EXTRAVASACIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE: A pesar de haber realizado una adecuada canalización de la vena, el medio de contraste puede salirse de la vena y producir dolor en el sitio de inyección, reacciones que usualmente es pasajera y ceden con medios físicos en el sitio del edema. Eventualmente se puede producir extensa irritación cutánea, la cual puede requerir manejo e intervención de otros especialistas.

REACCIONES ADVERSAS AL MEDIO DE CONTRASTE: Sólo uno a cinco de cada cien pacientes puede presentar reacciones leves, como náuseas, vómito, urticaria o sensación de calor, reacciones que desaparecen rápidamente. Se estima que una persona de cada mil puede presentar una reacción más seria, como dificultad respiratoria, arritmia cardíaca, una baja en la tensión arterial, convulsiones, reacciones que pueden ser fácilmente controladas con

medicamentos que están disponibles en la sala en la que se realiza su procedimiento. También raramente el medio de contraste puede dar origen o agravar una insuficiencia renal. Las reacciones son más probables en Pacientes que las han presentado antes, cuando se les han inyectado medios de contraste en otros estudios radiológicos; o en aquellas personas con alergias a otros medicamentos. Si usted presenta alguna reacción al medio de contraste, ésta será tratada de inmediato. Eventualmente, una reacción alérgica puede ser fatal, y causar la muerte del Paciente pero esto sólo sucede en una proporción aproximada de un caso por cada 70,000 a 100.000. Las reacciones fatales son más frecuentes en Pacientes que están gravemente enfermos antes de iniciar el procedimiento.

Riesgos personalizados: _____

Posibles alternativas: Como alternativa pueden realizarse estudios con otra modalidad de imagen como Ultrasonido, o Tomografía Computarizada simple, sin medio de contraste que pueden ofrecer una información insuficiente o limitada sobre algunos aspectos anatómicos para el estudio del problema clínico del Paciente.

Como alternativa a la tomografía con medio de contraste puede realizarse el mismo estudio simple teniendo en cuenta que su sensibilidad para la detección de lesiones se verá disminuida, o estudios de ecografía o resonancia magnética de acuerdo a la condición clínica que presente el paciente. Esta última también puede requerir un medio de contraste diferente que no contiene yodo.

CONSENTIMIENTO

He sido informado de la naturaleza y propósitos de la administración del medio de contraste; también me han informado de las ventajas, beneficios, complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos. Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo. De esta manera declaro cumplida a satisfacción la obligación impuesta en el Artículo 15 de la Ley 23 de 1981 y en las demás disposiciones legales que desarrollan el tema del consentimiento informado del paciente.

De igual forma, se me ha explicado que la información derivada de mi atención podrá ser utilizada para propósitos de mejoramiento continuo y que se protegerá la confidencialidad, seguridad y custodia de la misma.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, de resolver todas mis inquietudes e interrogantes y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente. También he sido informado de mi derecho de rechazar el procedimiento y revocar este consentimiento.

Por lo tanto declaro que he leído y entendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento en forma libre y voluntaria.

El presente documento se firma en Bogotá a los 06 días del mes de Julio del año 2012

Paciente

Firma [Firma]
Nombre JOSE ALIJO GOMEZ
Documento de identidad 4247325

Representante Legal

(Paciente menor de edad o en situación de discapacidad)

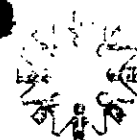
Firma _____
Nombre _____
Documento de identidad _____

Testigo y/o acompañante

Firma _____
Nombre _____
Documento de identidad _____
Dirección _____
Teléfono _____

Médico

Firma [Firma]
Nombre Herman Piet
Documento de identidad 1311234
Registro médico 90312009



CONSENTIMIENTO INFORMADO

ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DE MEDIO DE CONTRASTE

HOS-CI-207
Versión 2

Departamento de Imágenes Diagnósticas

Yo: Jose Alvaro Gomez con tipo de documento: TI
() CC (X) CE () PA () No. 4745325, en calidad de Paciente () o Representante
legal () de: _____ con tipo de documento: RN () RC () TI
() CC () CE () PA () No. _____; con diagnóstico
de: Descartar fístula atrioventricular

he sido informado (a) por el (a) doctor (a) Diego Lomo acerca de:
Angiotec forox

Antes del procedimiento: Su médico tratante le ha solicitado un estudio con medio de contraste Intravenoso yodado. Esta sustancia contiene yodo y puede generar reacciones adversas por lo tanto es importante que Ud. nos advierta de posibles alergias medicamentosas, asma, falla renal, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares o reacciones adversas anteriores al medio de contraste.

El paciente debe venir en ayunas, es decir, no haber ingerido alimentos sólidos o líquidos durante las 6 horas anteriores al procedimiento. En niños menores de 4 años, el periodo de ayuno será de 4 horas. Paciente mayor de 70 años con antecedentes de falla renal o diabetes debemos conocer su función renal y por tanto debe tener un examen de laboratorio de Creatinina. Si el Paciente es diabético y toma METFORMINA (Glucophage®) y tiene una tasa de filtración glomerular menor a 60 ml/min/m² debe suspender el medicamento 48 horas antes y reiniciarlo 48 horas posterior al examen, si no existe disminución en la función renal.

El contraste endovenoso está contraindicado en Pacientes con historia de mieloma múltiple o gamapatía monoclonal.

¿En qué consiste el Procedimiento? Para la administración del medio de contraste, le será canalizada una vena en el brazo, le será administrado el medio de contraste con inyección manual o utilizando un aparato mecánico llamado inyector para controlar exactamente la velocidad y el volumen de la inyección, podrá sentir una sensación de calor o frío y en algunas ocasiones un poco de náusea. Después del examen podrá comer normalmente, debe tomar abundantes líquidos, y debe reiniciar sus medicamentos habituales

¿Cuáles son los beneficios?: La inyección del medio de contraste es una sustancia que al inyectarse permite una mejor visualización de los órganos internos y ayuda a caracterizar las lesiones del organismo

¿Cuáles son los riesgos del procedimiento y del proceso de recuperación?: Los medios de contraste yodado intravenoso poseen un riesgo de reacción, las cuales pueden variar en severidad, desde reacciones menores hasta fatales.

Reacciones leves: Náusea, vómito, sudoración, sensación de calor, alteración del gusto (sabor metálico), picazón generalizada, ampollas o enrojecimiento de la piel, dolor de cabeza, palidez generalizada, congestión nasal, mareo, escalofrío, edema facial, ansiedad.

Reacciones Moderadas: Taquicardia, hipertensión, dificultad respiratoria, vómito severo, sibilancias (silbido en el pecho), broncoespasmo.

Reacciones Severas: Alergias severas, convulsiones, paro cardio-respiratorio.

EXTRAVASACIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE: A pesar de haber realizado una adecuada canalización de la vena, el medio de contraste puede salirse de la vena y producir dolor en el sitio de inyección, reacciones que usualmente es pasajera y ceden con medios físicos en el sitio del edema. Eventualmente se puede producir extensa irritación cutánea, la cual puede requerir manejo e intervención de otros especialistas.

REACCIONES ADVERSAS AL MEDIO DE CONTRASTE: Sólo uno a cinco de cada cien pacientes puede presentar reacciones leves, como náuseas, vómito, urticaria o sensación de calor, reacciones que desaparecen rápidamente. Se estima que una persona de cada mil puede presentar una reacción más seria, como dificultad respiratoria, arritmia cardíaca, una baja en la tensión arterial, convulsiones, reacciones que pueden ser fácilmente controladas con

medicamentos que están disponibles en la sala en la que se realiza su procedimiento. También raramente el medio de contraste puede dar origen o agravar una insuficiencia renal. Las reacciones son más probables en Pacientes que las han presentado antes, cuando se les han inyectado medios de contraste en otros estudios radiológicos, o en aquellas personas con alergias a otros medicamentos. Si usted presenta alguna reacción al medio de contraste, ésta será tratada de inmediato. Eventualmente, una reacción alérgica puede ser fatal, y causar la muerte del Paciente pero esto sólo sucede en una proporción aproximada de un caso por cada 70,000 a 100.000. Las reacciones fatales son más frecuentes en Pacientes que están gravemente enfermos antes de iniciar el procedimiento.

Riesgos personalizados: _____

Posibles alternativas: Como alternativa pueden realizarse estudios con otra modalidad de imagen como Ultrasonido, o Tomografía Computarizada simple, sin medio de contraste que pueden ofrecer una información insuficiente o limitada sobre algunos aspectos anatómicos para el estudio del problema clínico del Paciente.

Como alternativa a la tomografía con medio de contraste puede realizarse el mismo estudio simple teniendo en cuenta que su sensibilidad para la detección de lesiones se verá disminuida, o estudios de ecografía o resonancia magnética de acuerdo a la condición clínica que presente el paciente. Esta última también puede requerir un medio de contraste diferente que no contiene yodo.

CONSENTIMIENTO

He sido informado de la naturaleza y propósitos de la administración del medio de contraste; también me han informado de las ventajas, beneficios, complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos. Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo. De esta manera declaro cumplida a satisfacción la obligación impuesta en el Artículo 15 de la Ley 23 de 1981 y en las demás disposiciones legales que desarrollan el tema del consentimiento informado del paciente.

De igual forma, se me ha explicado que la información derivada de mi atención podrá ser utilizada para propósitos de mejoramiento continuo y que se protegerá la confidencialidad, seguridad y custodia de la misma.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, de resolver todas mis inquietudes e interrogantes y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente. También he sido informado de mi derecho de rechazar el procedimiento y revocar este consentimiento.

Por lo tanto declaro que he leído y entendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento en forma libre y voluntaria.

El presente documento se firma en Bogotá a los 21 días del mes de Julio del año 2012

Paciente

Firma

Nombre

Documento de identidad

Representante Legal

(Paciente menor de edad o en situación de discapacidad)

Firma

Nombre

Documento de identidad

Testigo y/o acompañante

Firma

Nombre

Documento de identidad

Dirección

Teléfono

Médico

Firma

Nombre

Documento de identidad

Registro médico



DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA Y LABORATORIO CLÍNICO: SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

HOJA DE TRANSFUSIÓN E INDICADOR DE CALIDAD

NOMBRE DEL PACIENTE: <u>Jose Alirio Gomez</u>	EDAD: <u>56 años</u>	HISTORIA CLÍNICA: <u>4245325</u>	SERVICIO: <u>Salas CX</u>	FECHA: <u>Jul 22/19</u>		
GRUPO SANGUÍNEO Y RH:	COMPONENTE SOLICITADO Y CANTIDAD:	G. ROJOS: <u>6</u>	PLASMA FRESCO CONGELADO:	PLAQUETAS:	AFÉRESIS DE PLAQUETAS:	CRIOPRECIPITADOS:
DIAGNÓSTICO CLÍNICO: <u>Fistula Cardioesofagica</u>	INDICACIÓN: <u>Shock</u>					
MÉDICO TRATANTE:	REGISTRO MÉDICO:		MÉDICO SOLICITANTE:		REGISTRO MÉDICO:	
DATOS CLÍNICOS: PESO: TA: FC: FR: HB: <u>13,9</u> HTO: RECUENTO DE PLAQUETAS: PT: PTT: INR: FIBRINÓGENO:						
SOLICITUD ESPECIAL:	IRRADIADOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DESLEUCOCITADOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	LAVADOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

Este espacio debe ser diligenciado por el Médico solicitante y el servicio de transfusión sanguínea

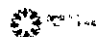
NOMBRE DEL PACIENTE	NOMBRE Y CÓDIGO MÉDICO SOLICITANTE	UNIDAD N° (Donante)	NÚMERO DE SELLO DE CALIDAD	GRUPO ABO	RH	TIPO DE COMPONENTE	FECHA DE VENCIMIENTO	BACTERIOLOGÍA Y CÓDIGO	FECHA Y HORA DESPACHO DE UNIDAD
<u>Jose Alirio Gomez</u>	<u>W. Dmalya</u>								

Este espacio debe ser diligenciado por el médico y la enfermera que transfunde

NOMBRE DEL PACIENTE	UNIDAD N° (Donante)	NÚMERO DE SELLO DE CALIDAD	GRUPO ABO	RH	TIPO DE COMPONENTE	FECHA DE VENCIMIENTO	MÉDICO RESPONSABLE Y REGISTRO MÉDICO	ENFERMERA Y CÓDIGO	HORA INICIO	HORA FINALIZA	REACCIÓN
<u>Jose Alirio Gomez</u>	<u>1124152</u>	<u>1956674 A</u>	<u>A</u>	<u>+</u>	<u>6 Rojos</u>	<u>03-08-17</u>	<u>D. W. Dmalya</u>	<u>A. Moreno</u>	<u>02+05</u>	<u>02+10</u>	<u>NO</u>
	<u>610680</u>	<u>610680</u>	<u>A</u>	<u>+</u>	<u>6 Rojos</u>	<u>24/08/17</u>	<u>D. W. Dmalya</u>	<u>J. P. 222</u>	<u>02+38</u>	<u>02+39</u>	<u>NO</u>
	<u>614042</u>	<u>614042</u>	<u>A</u>	<u>+</u>	<u>6 Rojos</u>	<u>14/08/17</u>	<u>D. W. Dmalya</u>	<u>J. P. 222</u>	<u>03+12</u>	<u>03+23</u>	<u>NO</u>

RECOMENDACIONES EN EL MANEJO DEL HEMOCOMPONENTE Y OBSERVACIONES ESPECIALES DURANTE LA TRANSFUSIÓN

NOMBRE COMPLETO Y CÓDIGO



HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION SANTA FE

Servicio de Transfusión Sanguínea
TARJETA DE RECEPTOR

Folio: 26923

RECEPTOR:		GOMEZ GARCIA JOSE ALIRIO			
Grupo:	A	RH:	POS	CC	4245325
Fecha y Hora de Despacho:		22/07/2017 01:01:27			
No. de Bolsa	No. de Sello	Componente:	Grupo / Rh	Fecha Ven.	Cant.
1174152	1956674A	GLOBULOS	A+	08/08/2017	280
610680	610680	GLOBULOS	A+	14/08/2017	280
614042	614042	GLOBULOS	A+	14/08/2017	280

TOTAL DE UNIDADES: 3

Irradiado

NO

Inspección de unidad

Bact que entrega

Quien Recibe y Hora

DIANA CAROLINA RAMIREZ NIÑO

Leuco reducido

Si



DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA Y LABORATORIO CLÍNICO: SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

HOJA DE TRANSFUSIÓN E INDICADOR DE CALIDAD

NOMBRE DEL PACIENTE: <u>Jose Alina Gomez</u>		EDAD: <u>56 años</u>	HISTORIA CLÍNICA: <u>4245325</u>		SERVICIO: <u>Sala CX</u>	FECHA: <u>Julio 22/14</u>
GRUPO SANGUÍNEO Y RH:	COMPONENTE SOLICITADO Y CANTIDAD:	G. ROJOS:	PLASMA FRESCO CONGELADO:	PLAQUETAS:	AFÉRESIS DE PLAQUETAS:	CRIOPRECIPITADOS:
			<u>6</u>			
DIAGNÓSTICO CLÍNICO: <u>Fístula CA de neurosiquica</u>				INDICACIÓN:		
MÉDICO TRATANTE:		REGISTRO MÉDICO:		MÉDICO SOLICITANTE:		REGISTRO MÉDICO:
DATOS CLÍNICOS: PESO: TA: FC: FR: HB: <u>139</u> HTO: RECUENTO DE PLAQUETAS: PT: PTT: INR: FIBRINÓGENO:						
SOLICITUD ESPECIAL:	IRRADIADOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DESLEUCOCITADOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	LAVADOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

Este espacio debe ser diligenciado por el Médico solicitante y el servicio de transfusión sanguínea

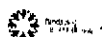
NOMBRE DEL PACIENTE	NOMBRE Y CÓDIGO MÉDICO SOLICITANTE	UNIDAD N° (Donante)	NÚMERO DE SELLO DE CALIDAD	GRUPO ABO	RH	TIPO DE COMPONENTE	FECHA DE VENCIMIENTO	BACTERIÓLOGA Y CÓDIGO	FECHA Y HORA DESPACHO DE UNIDAD
<u>Alina Gomez</u>	<u>Dr. W. Amaya</u>								

Este espacio debe ser diligenciado por el médico y la enfermera que transfunde

NOMBRE DEL PACIENTE	UNIDAD N° (Donante)	NÚMERO DE SELLO DE CALIDAD	GRUPO ABO	RH	TIPO DE COMPONENTE	FECHA DE VENCIMIENTO	MÉDICO RESPONSABLE Y REGISTRO MÉDICO	ENFERMERA Y CÓDIGO	HORA INICIO	HORA FINALIZA	REACCIÓN
<u>Alina Gomez</u>	<u>175111917</u>	<u>175111917</u>	<u>A2</u>	<u>Neg</u>	<u>Plasma</u>	<u>08/07/18</u>	<u>Dr. W. Amaya</u>	<u>A. Moreno</u>	<u>02+00</u>	<u>02+03</u>	<u>NO</u>
	<u>175133279</u>	<u>175133279</u>	<u>A</u>	<u>Neg</u>	<u>Plasma</u>	<u>17/06/18</u>		<u>18449</u>	<u>02+00</u>	<u>02+05</u>	<u>NO</u>
	<u>175121622</u>	<u>175121622</u>	<u>A</u>	<u>Neg</u>	<u>Plasma</u>	<u>14/06/18</u>			<u>02+05</u>	<u>02+10</u>	<u>NO</u>
	<u>175133156</u>	<u>175133156</u>	<u>A</u>	<u>Neg</u>	<u>Plasma</u>	<u>12/06/18</u>			<u>04+03</u>	<u>04+03</u>	<u>NO</u>
	<u>175133208</u>	<u>175133208</u>	<u>A</u>	<u>Neg</u>	<u>Plasma</u>	<u>14/06/18</u>			<u>04+03</u>	<u>4+03</u>	<u>NO</u>
	<u>175142866</u>	<u>175142866</u>	<u>A</u>	<u>Neg</u>	<u>Plasma</u>	<u>08/07/18</u>			<u>04+03</u>	<u>04+03</u>	<u>NO</u>

RECOMENDACIONES EN EL MANEJO DEL HEMOCOMPONENTE Y OBSERVACIONES ESPECIALES DURANTE LA TRANSFUSIÓN

NOMBRE COMPLETO Y CÓDIGO



HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION SANTA FE

Servicio de Transfusión Sanguínea
TARJETA DE RECEPTOR

Folio: 26925

RECEPTOR:	GOMEZ GARCIA JOSE ALIRIO				
Grupo:	A	RH:	POS	CC	4245325
Fecha y Hora de Despacho:	22/07/2017 01:12:44				

No. de Bolsa	No. de Sello	Componente:	Grupo / Rh	Fech. Ven.	Cant.
175111917	175111917	PLASMA	A2-	08/07/2018	180
175133279	175133279	PLASMA	A-	17/06/2018	180
175121677	175121677	PLASMA	A-	14/06/2018	180
175133208	175133208	PLASMA	A-	14/06/2018	180
175133156	175133156	PLASMA	A-	12/06/2018	180

Irradiado

Inspeccion de unidad

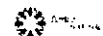
Bact que entrega

DIANA CAROLINA RAMIREZ NIÑO

Quien Recibe y Hora

Leucoreducido

Sac. de Bact
Servicio de Transfusión Sanguínea
DIANA CAROLINA RAMIREZ NIÑO
COD 1001



HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION SANTA FE

Servicio de Transfusión Sanguínea
TARJETA DE RECEPTOR

Folio: 26925

RECEPTOR:	GOMEZ GARCIA JOSE ALIRIO				
Grupo:	A	RH:	POS	CC	4245325
Fecha y Hora de Despacho:	22/07/2017 01:12:44				

No. de Bolsa	No. de Sello	Componente:	Grupo / Rh	Fech. Ven.	Cant.
175142866	175142866	PLASMA	A-	08/07/2018	180

TOTAL DE UNIDADES: 6

Irradiado

Inspeccion de unidad

Bact que entrega

DIANA CAROLINA RAMIREZ NIÑO

Quien Recibe y Hora

Leucoreducido

Sac. de Bact
Servicio de Transfusión Sanguínea
DIANA C.



DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA Y LABORATORIO CLÍNICO: SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

HOJA DE TRANSFUSIÓN E INDICADOR DE CALIDAD

NOMBRE DEL PACIENTE: Jose Alirio Gomez	EDAD: 56 Años	HISTORIA CLÍNICA: 4245325	SERVICIO: Salos cx	FECHA: 11/10/22		
GRUPO SANGUÍNEO Y RH:	COMPONENTE SOLICITADO Y CANTIDAD:	G. ROJOS: 12	PLASMA FRESCO CONGELADO:	PLAQUETAS:	AFÉRESIS DE PLAQUETAS:	CRIOPRECIPITADOS:
DIAGNÓSTICO CLÍNICO: Fístula Cardioesofágica			INDICACIÓN:			
MÉDICO TRATANTE:		REGISTRO MÉDICO:	MÉDICO SOLICITANTE:		REGISTRO MÉDICO:	
DATOS CLÍNICOS: PESO: TA: FC: FR: HB: HTO: RECUENTO DE PLAQUETAS: PT: PTT: INR: FIBRINÓGENO:						
SOLICITUD ESPECIAL: IRRADIADOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESLEUCOCITADOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> LAVADOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						

Este espacio debe ser diligenciado por el Médico solicitante y el servicio de transfusión sanguínea

NOMBRE DEL PACIENTE	NOMBRE Y CÓDIGO MÉDICO SOLICITANTE	UNIDAD N° (Donante)	NÚMERO DE SELLO DE CALIDAD	GRUPO ABO	RH	TIPO DE COMPONENTE	FECHA DE VENCIMIENTO	BACTERIÓLOGA Y CÓDIGO	FECHA Y HORA DESPACHO DE UNIDAD
José Alirio Gomez	Dr W. Amaya								

Este espacio debe ser diligenciado por el médico y la enfermera que transfunde

NOMBRE DEL PACIENTE	UNIDAD N° (Donante)	NÚMERO DE SELLO DE CALIDAD	GRUPO ABO	RH	TIPO DE COMPONENTE	FECHA DE VENCIMIENTO	MÉDICO RESPONSABLE Y REGISTRO MÉDICO	ENFERMERA Y CÓDIGO	HORA INICIO	HORA FINALIZA	REACCIÓN
José Alirio Gomez	612591	612591 A	O	+	Plaquetas	22-07-19	Dr W. Amaya	C. Rodriguez	03:58	04:00	NO

RECOMENDACIONES EN EL MANEJO DEL HEMOCOMPONENTE Y OBSERVACIONES ESPECIALES DURANTE LA TRANSFUSIÓN

NOMBRE COMPLETO Y CÓDIGO

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION SANTA FE
 Servicio de Transfusión Sanguínea
TARJETA DE RECEPTOR Folio: 26924

RECEPTOR:		GOMEZ GARCIA JOSE ALIRIO	
Grupo: A	RH: POS	CC	4245325
Fecha y Hora de Despacho:		22/07/2017 01:04:26	
No. de Bolsa	No. de Sello	Componente:	Grupo / Rh
612591	612591A	PLAQUETAS	0+
			Fecha Ven.
			22/07/2017
			Cant.
			200

TOTAL DE UNIDADES: 1

Irradiado NO
 Inspeccion de unidad Comple.
 Bact que entrega Si
 Quien Recibe y Hora DIANA CAROLINA RAMIREZ NÚÑEZ
 Leucoconducido Si
 Servicio de Transfusión Sanguínea
 DIANA CAROLINA RAMIREZ NÚÑEZ
 CDD 10521



DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA Y LABORATORIO CLÍNICO: SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

HOJA DE TRANSFUSIÓN E INDICADOR DE CALIDAD

NOMBRE DEL PACIENTE: Jose Alvaro Gomez	EDAD: 56 años	HISTORIA CLÍNICA: 4245325	SERVICIO: UCI M	FECHA: 22-07-17					
GRUPO SANGUÍNEO Y RH:	COMPONENTE SOLICITADO Y CANTIDAD:	G. ROJOS: 2	PLASMA FRESCO CONGELADO:	PLAQUETAS:	AFÉRESIS DE PLAQUETAS:	CRIOPRECIPITADOS:			
DIAGNÓSTICO CLÍNICO: Fístula Cardo esafágica			INDICACIÓN:						
MÉDICO TRATANTE:		REGISTRO MÉDICO:	MÉDICO SOLICITANTE:		REGISTRO MÉDICO:				
DATOS CLÍNICOS: PESO:		TA:	FC:	FR:	HB: 10,6 HTO:	RECuento de PLAQUETAS: 114.000 PT:	PTT:	INR:	FIBRINÓGENO:
SOLICITUD ESPECIAL:		IRRADIADOS: SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DESLEUCOCITADOS: SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	LAVADOS: SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		

Este espacio debe ser diligenciado por el Médico solicitante y el servicio de transfusión sanguínea

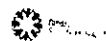
NOMBRE DEL PACIENTE	NOMBRE Y CÓDIGO MÉDICO SOLICITANTE	UNIDAD N° (Donante)	NÚMERO DE SELLO DE CALIDAD	GRUPO ABO	RH	TIPO DE COMPONENTE	FECHA DE VENCIMIENTO	BACTERIÓLOGA Y CÓDIGO	FECHA Y HORA DESPACHO DE UNIDAD

Este espacio debe ser diligenciado por el médico y la enfermera que transfunde

NOMBRE DEL PACIENTE	UNIDAD N° (Donante)	NÚMERO DE SELLO DE CALIDAD	GRUPO ABO	RH	TIPO DE COMPONENTE	FECHA DE VENCIMIENTO	MÉDICO RESPONSABLE Y REGISTRO MÉDICO	ENFERMERA Y CÓDIGO	HORA INICIO	HORA FINALIZA	REACCIÓN
José Alvaro Gómez	1171232	1952232A	A	+	GR	11/8/17	José Alvaro Gómez	C Rey	8:40	9:00	NO
	612306	612306	A	+	GR	8/8/17	José Alvaro Gómez	C Rey	9:30	9:00	NO

RECOMENDACIONES EN EL MANEJO DEL HEMOCOMPONENTE Y OBSERVACIONES ESPECIALES DURANTE LA TRANSFUSIÓN

NOMBRE COMPLETO Y CÓDIGO



HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION SANTA FE

Servicio de Transfusión Sanguínea

TARJETA DE RECEPTOR

Folio: 26930

RECEPTOR:	GOMEZ GARCIA JOSE ALIRIO				
Grupo:	A	RH:	POS	CC	4245325
Fecha y Hora de Despacho:	27/07/2017 08:18:42				
No. de Bolsa	No. de Sello	Componente:	Grupo / Rh	Fech. Ven.	Cant.
1171232	1952232A	GLOBULOS	A+	11/08/2017	280
612506	612506	GLOBULOS	A+	08/08/2017	280

TOTAL DE UNIDADES: 2

Irradiado 0

Inspección de unidad

Leucoreducido

SI

Bact que entrega

CARMEN BEATRIZ PEREZ CUELLAR

Quien Recibe y Hora



DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA Y LABORATORIO CLÍNICO: SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

HOJA DE TRANSFUSIÓN E INDICADOR DE CALIDAD

NOMBRE DEL PACIENTE: <u>Jose Alino Gomez</u>	EDAD: <u>56 años</u>	HISTORIA CLÍNICA: <u>4245325</u>	SERVICIO: <u>Salas G</u>	FECHA: <u>Jul 22/12</u>			
GRUPO SANGUÍNEO Y RH:	COMPONENTE SOLICITADO Y CANTIDAD:	G.ROJOS:	PLASMA FRESCO CONGELADO:	PLAQUETAS: <u>2 Aféresis</u>	AFÉRESIS DE PLAQUETAS:	CRIOPRECIPITADOS:	
DIAGNÓSTICO CLÍNICO: <u>Fístula Cardioesopagica</u>			INDICACIÓN: <u>Shock</u>				
MÉDICO TRATANTE:		REGISTRO MÉDICO:		MÉDICO SOLICITANTE:		REGISTRO MÉDICO:	
DATOS CLÍNICOS: PESO: TA: FC: FR: HB: HTO: RECuento DE PLAQUETAS: PT: PTT: INR: FIBRINÓGENO:							
SOLICITUD ESPECIAL:		IRRADIADOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DESLEUCOCITADOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	LAVADOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

Este espacio debe ser diligenciado por el Médico solicitante y el servicio de transfusión sanguínea

NOMBRE DEL PACIENTE	NOMBRE Y CÓDIGO MÉDICO SOLICITANTE	UNIDAD N° (Donante)	NÚMERO DE SELLO DE CALIDAD	GRUPO ABO	RH	TIPO DE COMPONENTE	FECHA DE VENCIMIENTO	BACTERIOLOGÍA Y CÓDIGO	FECHA Y HORA DESPACHO DE UNIDAD
<u>Jose Alino Gomez</u>	<u>W. Amaya</u>								

Este espacio debe ser diligenciado por el médico y la enfermera que transfunde

NOMBRE DEL PACIENTE	UNIDAD N° (Donante)	NÚMERO DE SELLO DE CALIDAD	GRUPO ABO	RH	TIPO DE COMPONENTE	FECHA DE VENCIMIENTO	MÉDICO RESPONSABLE Y REGISTRO MÉDICO	ENFERMERA Y CÓDIGO	HORA INICIO	HORA FINALIZA	REACCIÓN
<u>Jose Alino Gomez</u>	<u>1157552</u>	<u>1933322</u>	<u>A+</u>	<u>B</u>	<u>3</u>	<u>16/05/12</u>	<u>W. Amaya</u>	<u>22</u>	<u>04122</u>	<u>04129</u>	<u>✓</u>
	<u>1157204</u>	<u>1933282</u>	<u>A+</u>	<u>B</u>	<u>2</u>	<u>16/05/12</u>	<u>W. Amaya</u>	<u>22</u>	<u>04120</u>	<u>04131</u>	<u>✓</u>
	<u>1157753</u>	<u>1933501</u>	<u>A+</u>	<u>B</u>	<u>2</u>	<u>16/05/12</u>	<u>W. Amaya</u>	<u>22</u>	<u>04131</u>	<u>04133</u>	<u>✓</u>
	<u>1158418</u>	<u>1933344</u>	<u>A+</u>	<u>B</u>	<u>2</u>	<u>16/05/12</u>	<u>W. Amaya</u>	<u>22</u>	<u>04133</u>	<u>04135</u>	<u>✓</u>
	<u>1157403</u>	<u>1933300</u>	<u>A+</u>	<u>B</u>	<u>2</u>	<u>16/05/12</u>	<u>W. Amaya</u>	<u>22</u>	<u>04135</u>	<u>04137</u>	<u>✓</u>
	<u>1157336</u>	<u>1933323</u>	<u>A+</u>	<u>B</u>	<u>2</u>	<u>16/05/12</u>	<u>W. Amaya</u>	<u>22</u>	<u>04137</u>	<u>04139</u>	<u>✓</u>

RECOMENDACIONES EN EL MANEJO DEL HEMOCOMPONENTE Y OBSERVACIONES ESPECIALES DURANTE LA TRANSFUSIÓN

NOMBRE COMPLETO Y CÓDIGO

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION SANTA FE
Servicio de Transfusion Sanguinea Folio: 26927
TARJETA DE RECEPTOR

RECEPTOR:		GOMEZ GARCIA JOSE ALIRIO			
Grupo: A	RH: POS	CC	4245325		
Fecha y Hora de Despacho:		22/07/2017 01:23:46			
No. de Bolsa	No. de Sello	Componente:	Grupo / Rh	Fech. Ven.	Cant.
1157552	1933322	CRIO	A+	16/05/2018	30
1157294	1933282	CRIO	A+	16/05/2018	30
1158753	1933501	CRIO	A+	19/05/2018	30
1158448	1933349	CRIO	A+	18/05/2018	30
1157407	1933300	CRIO	A+	16/05/2018	30

Irradiado

Inspeccion de unidad

Bact que entrega

Quien Recibe y Hora

DIANA CAROLINA RANTREZ NIÑO

Leucoreducido

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION SANTA FE
Servicio de Transfusion Sanguinea Folio: 26927
TARJETA DE RECEPTOR

RECEPTOR:		GOMEZ GARCIA JOSE ALIRIO			
Grupo: A	RH: POS	CC	4245325		
Fecha y Hora de Despacho:		22/07/2017 01:23:46			
No. de Bolsa	No. de Sello	Componente:	Grupo / Rh	Fech. Ven.	Cant.
1157336	1933313	CRIO	A+	16/05/2018	30

TOTAL DE UNIDADES: 6

Irradiado

Inspeccion de unidad

Bact que entrega

Quien Recibe y Hora

DIANA CAROLINA RANTREZ NIÑO

Leucoreducido



DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA Y LABORATORIO CLÍNICO: SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

HOJA DE TRANSFUSIÓN E INDICADOR DE CALIDAD

NOMBRE DEL PACIENTE: Jose Alino Gomez	EDAD: 50 años	HISTORIA CLÍNICA: 4245325	SERVICIO: Sda ex	FECHA: Jul 22/17			
GRUPO SANGUÍNEO Y RH:	COMPONENTE SOLICITADO Y CANTIDAD:	G. ROJOS:	PLASMA FRESCO CONGELADO:	PLAQUETAS:	AFÉRESIS DE PLAQUETAS:	CRIOPRECIPITADOS:	
DIAGNÓSTICO CLÍNICO: Fístula Cardiorrogiu		INDICACIÓN: Shock hipovolémico					
MÉDICO TRATANTE:		REGISTRO MÉDICO:		MÉDICO SOLICITANTE:		REGISTRO MÉDICO:	

DATOS CLÍNICOS: PESO:	TA:	FC:	FR:	HB: 13,9	HTO:	RECuento de PLAQUETAS:	PT:	PTT:	INR:	FIBRINÓGENO:
SOLICITUD ESPECIAL:	IRRADIADOS: SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DESLEUCOCITADOS: SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	LAVADOS: SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				

Este espacio debe ser diligenciado por el Médico solicitante y el servicio de transfusión sanguínea

NOMBRE DEL PACIENTE	NOMBRE Y CÓDIGO MÉDICO SOLICITANTE	UNIDAD N° (Donante)	NÚMERO DE SELLO DE CALIDAD	GRUPO ABO	RH	TIPO DE COMPONENTE	FECHA DE VENCIMIENTO	BACTERIOLOGÍA Y CÓDIGO	FECHA Y HORA DESPACHO DE UNIDAD
José Alino Gomez	Dr. M. A. T. A.								

Este espacio debe ser diligenciado por el médico y la enfermera que transfunde

NOMBRE DEL PACIENTE	UNIDAD N° (Donante)	NÚMERO DE SELLO DE CALIDAD	GRUPO ABO	RH	TIPO DE COMPONENTE	FECHA DE VENCIMIENTO	MÉDICO RESPONSABLE Y REGISTRO MÉDICO	ENFERMERA Y CÓDIGO	HORA INICIO	HORA FINALIZA	REACCIÓN
José Alino Gomez	1158420	1933343	A+		U2107	18/05/18	Dr. M. A. T. A.	Dr. M. A. T. A.	04124	04157	
	1158422	1933446	A+			19/05/18			04124	04124	
	1157272	1933336	A+			16/05/18			04120	04121	
	1157454	1933225	A+			16/05/18			04121	04123	
	1158425	1933363	A+			19/05/18			04123	04125	
	1157413	1933334	A+			16/05/18			04125	04121	

RECOMENDACIONES EN EL MANEJO DEL HEMOCOMPONENTE Y OBSERVACIONES ESPECIALES DURANTE LA TRANSFUSIÓN

NOMBRE COMPLETO Y CÓDIGO

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION SANTA FE
Servicio de Transfusión Sanguínea Folio: 26926
TARJETA DE RECEPTOR

RECEPTOR:	GOMEZ GARCIA JOSE ALIRIO			
Grupo:	A	RH:	POS	CC 4245325
Fecha y Hora de Despacho:	22/07/2017 01:21:02			

No. de Bolsa	No. de Sello	Componente:	Grupo / Rh	Fech. Ven.	Cant.
1158480	1933347	CRI0	A+	18/05/2018	30
1158972	1933496	CRI0	A+	19/05/2018	30
1157277	1933336	CRI0	A+	16/05/2018	30
1157454	1933275	CRI0	A+	16/05/2018	30
1158475	1933367	CRI0	A+	18/05/2018	30

Irradiado _____
Inspeccion de unidad _____
Bact que entrega DIANA CAROLINA RAMIREZ NIÑO
Quien Recibe y Hora _____

Leucoreducido
[Signature]
DIA. CAROLINA RAMIREZ NIÑO
COD 1511

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION SANTA FE
Servicio de Transfusión Sanguínea Folio: 26926
TARJETA DE RECEPTOR

RECEPTOR:	GOMEZ GARCIA JOSE ALIRIO			
Grupo:	A	RH:	POS	CC 4245325
Fecha y Hora de Despacho:	22/07/2017 01:21:02			

No. de Bolsa	No. de Sello	Componente:	Grupo / Rh	Fech. Ven.	Cant.
1157447	1933334	CRI0	A+	16/05/2018	30

TOTAL DE UNIDADES: 6

Irradiado _____
Inspeccion de unidad _____
Bact que entrega DIANA CAROLINA RAMIREZ NIÑO
Quien Recibe y Hora _____

Leucoreducido
[Signature]



DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA Y LABORATORIO CLÍNICO: SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

HOJA DE TRANSFUSIÓN E INDICADOR DE CALIDAD

NOMBRE DEL PACIENTE: <u>Jose Alino Gomez</u>	EDAD: <u>56 años</u>	HISTORIA CLÍNICA: <u>4245325</u>	SERVICIO: <u>Salas Cx</u>	FECHA: <u>Jul 22/18</u>		
GRUPO SANGUÍNEO Y RH: <u>A+</u>	COMPONENTE SOLICITADO Y CANTIDAD:	G. ROJOS: <u>5</u>	PLASMA FRESCO CONGELADO:	PLAQUETAS:	AFÉRESIS DE PLAQUETAS:	CRIOPRECIPITADOS:
DIAGNÓSTICO CLÍNICO: <u>Fístula Arteriovenosa</u>			INDICACIÓN: <u>Shock</u>			
MÉDICO TRATANTE: <u>Dr. Rodriguez</u>		REGISTRO MÉDICO:	MÉDICO SOLICITANTE: <u>Dr. W. Amaya</u>		REGISTRO MÉDICO:	
DATOS CLÍNICOS: PESO: TA: FC: FR: HB: <u>6</u> HTO: RECuento DE PLAQUETAS: PT: PTT: INR: FIBRINÓGENO:						
SOLICITUD ESPECIAL: IRRADIADOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESLEUCOCITADOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> LAVADOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						

Este espacio debe ser diligenciado por el Médico solicitante y el servicio de transfusión sanguínea

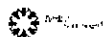
NOMBRE DEL PACIENTE	NOMBRE Y CÓDIGO MÉDICO SOLICITANTE	UNIDAD N° (Donante)	NÚMERO DE SELLO DE CALIDAD	GRUPO ABO	RH	TIPO DE COMPONENTE	FECHA DE VENCIMIENTO	BACTERIOLOGÍA Y CÓDIGO	FECHA Y HORA DESPACHO DE UNIDAD
<u>Jose Alino Gomez</u>	<u>Dr. W. Amaya</u>								

Este espacio debe ser diligenciado por el médico y la enfermera que transfunde

NOMBRE DEL PACIENTE	UNIDAD N° (Donante)	NÚMERO DE SELLO DE CALIDAD	GRUPO ABO	RH	TIPO DE COMPONENTE	FECHA DE VENCIMIENTO	MÉDICO RESPONSABLE Y REGISTRO MÉDICO	ENFERMERA Y CÓDIGO	HORA INICIO	HORA FINALIZA	REACCIÓN
<u>Jose Gomez</u>	<u>1122257</u>	<u>1954822n</u>	<u>A</u>	<u>+</u>	<u>Grny</u>	<u>04/08/18</u>	<u>Dr. W. Amaya</u>	<u>18222</u>	<u>05+20</u>	<u>05+20</u>	<u>✓</u>
<u>Jose Gomez</u>	<u>1122232</u>	<u>1952232n</u>	<u>A</u>	<u>+</u>	<u>Grny</u>	<u>11/08/18</u>	<u>Dr. W. Amaya</u>	<u>18222</u>	<u>05+20</u>	<u>05+20</u>	<u>✓</u>

RECOMENDACIONES EN EL MANEJO DEL HEMOCOMPONENTE Y OBSERVACIONES ESPECIALES DURANTE LA TRANSFUSIÓN

NOMBRE COMPLETO Y CÓDIGO



HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION SANTA FE

Servicio de Transfusión Sanguínea
TARJETA DE RECEPTOR

Folio: 26928

RECEPTOR:		GOMEZ GARCIA JOSE ALIRIO			
Grupo:	A	RH:	POS	CC	4245325
Fecha y Hora de Despacho:		22/07/2017 03:29:02			
No. de Bolsa	No. de Sello	Componente:	Grupo / Rh	Fech. Ven.	Cant.
1171472	1952232A	GLOBULOS	A+	11/08/2017	280
1172957	1954897A	GLOBULOS	A+	04/08/2017	280
1171232	1952232A	GLOBULOS	A+	11/08/2017	280
612506	612506	GLOBULOS	A+	08/08/2017	280
612502	612502	GLOBULOS	A+	08/08/2017	280

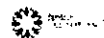
Irradiado

Inspección de unidad

Bact que entrega DIANA CAROLINA RAMIREZ NIÑO

Quien Recibe y Hora

Leucoreducido



HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION SANTA FE

Servicio de Transfusión Sanguínea
TARJETA DE RECEPTOR

Folio: 26928

RECEPTOR:		GOMEZ GARCIA JOSE ALIRIO			
Grupo:	A	RH:	POS	CC	4245325
Fecha y Hora de Despacho:		22/07/2017 03:29:02			
No. de Bolsa	No. de Sello	Componente:	Grupo / Rh	Fech. Ven.	Cant.

TOTAL DE UNIDADES: 5

Irradiado

Inspección de unidad

Bact que entrega DIANA CAROLINA RAMIREZ NIÑO

Quien Recibe y Hora

Leucoreducido

SECCIÓN DE NEUMOLOGÍA/REGISTRO DE PARÁMETROS VENTILATORIOS/ HOJA DE MONITOREO VENTILATORIO

NOMBRE: Jose Alirio	APELLIDOS: Gomez Garcia	Nº H.C.: 4245325	TALLA: 1.70	PESO ACTUAL: 70 P.C. IDEAL: 66	V.A.A TOT 2.0 INTERFACE	VENTILADOR #: 8408
------------------------	----------------------------	---------------------	----------------	-----------------------------------	----------------------------	-----------------------

[illegible]



HEALTH
SAYGILI DOKTORLARIMIZ

[illegible]

FUNDACION SANTA FE E BOGOTA
CONTROL DE LA LINEA ARTERIAL

Paciente: _____ H.C. _____ M/F Edad _____ Cama _____

Fecha Ingreso: 21/07/17 Diagnóstico: Fístula Arteriovenosa

Fecha Inserción: 21/07/17 Esteroides () Antibióticos ()

Lugar: Quirófano () UCIQ () UCIM () UCI II () OTRO ☒

Vía de Inserción: Izquierda Derecha Número de ensayos para inserción:

1-3 ☒ > 3 ()

Pedio () () Técnica de Inserción:

Tibial () () Directa ()

Femoral () () Trasfixión ()

Axilar () () Seldinger ()

Radial ☒ () Disección ()

Cambio con guía ☒

Nombre Médico: W. Amaya Especialidad: Anestesiología

Nivel: Residente () Especialista ☒

CATETER:

Marca: Diámetro 20 Material: Teflón ☒ PVC () PU () Vialón ()

COMPLICACIONES:

Mala Ubicación ()

Parestesias ()

Isquemia ()

Hematoma ()

Necrosis Proximal () Distal ()

Fístula Arteriovenosa ()

Inyección Medicamento ()

Infecciosas:

Sitio de Inserción: Absceso ()

Secreción ()

Bacteremia:

Cultivo: _____ Germen: _____

Cultivo: _____ Germen: _____

Tardías:

Oclusión

Daño del Catéter

Salida del Catéter

RETIRO DEL CATETER:

Finaliza la indicación () Disfunción mecánica ()

FECHA: _____ Ruptura del Catéter () Sospecha de Infección ()

Muerte no relacionada () Rutina ()

Trombosis () Otro _____

Observaciones: _____

Gomez garcia, Jose al
ID: 4245325

masculino

Usuario: jazmin
Med. solicitante:
Med. que envia:
Medico asistente:

22.07.2017 6:01:23
FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA
Calle 119 Cra. 9
Bogota

N.º loc.:
Numero de petición:
Visita:
Indicación:
Medicamento 1:
Medicamento 2:
Medicamento 3:

Habitación:

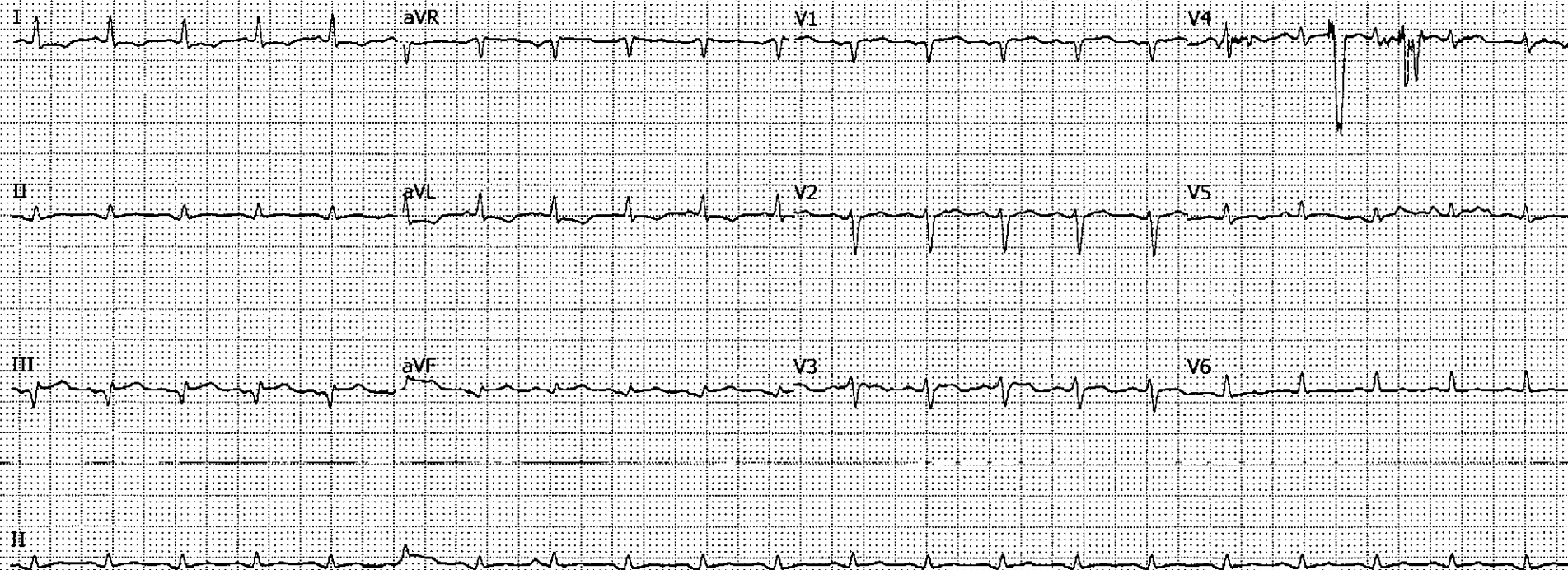
126 / mm
-- / -- mmHg

vef
AK

QRS 72 ms
QT / QTc Baz 272 / 393 ms
PQ 140 ms
P 106 ms
RR / PP 474 / 476 ms
P / QRS / T 38 / 11 / 114 Grados

Tecno-radiológico

Carlos A. Sánchez Valero
Medicina Interna, Cardiología
C.E. 1-015-995-553





HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
TRASLADO DE PACIENTES



Hospital
Universitario

Fundación Santa Fe de Bogotá

NOMBRE DEL PACIENTE Jose Alvaro Gomez EDAD 55 años HC 4245325
HABITACION: 408 DIAGNOSTICO: FISTULA CEROEDOFAGICA

FECHA	HORA	SERVICO ORIGEN	SERVICO DESTINO	PROCEDIMIENTO	REQUIERE ACOMPAÑANTE INSTITUCIONAL		PERSONA QUE ENTREGA	OBSERVACIONES DE QUIEN ENTREGA		PERSONA QUE TRASLADA	PERSONA QUE RECIBE	HORA	OBSERVACIONES DE QUIEN RECIBE	
					SI	NO								
22 JULIO	11:40	RADIOLÓGICA	UCIM	ANGIOTAC	X		MILSA	Manilla Drenajes LEV Oxígeno Bomba de Infusión Tapón salizado Aislamiento Cinturón				11:40	Manilla Drenajes LEV Oxígeno Bomba de Infusión Tapón salizado Aislamiento Cinturón	
								Manilla Drenajes LEV Oxígeno Bomba de Infusión Tapón salizado Aislamiento Cinturón					Manilla Drenajes LEV Oxígeno Bomba de Infusión Tapón salizado Aislamiento Cinturón	
								Manilla Drenajes LEV Oxígeno Bomba de Infusión Tapón salizado Aislamiento Cinturón					Manilla Drenajes LEV Oxígeno Bomba de Infusión Tapón salizado Aislamiento Cinturón	
								Manilla Drenajes LEV Oxígeno Bomba de Infusión Tapón salizado Aislamiento Cinturón					Manilla Drenajes LEV Oxígeno Bomba de Infusión Tapón salizado Aislamiento Cinturón	
								Manilla Drenajes LEV Oxígeno Bomba de Infusión Tapón salizado Aislamiento Cinturón					Manilla Drenajes LEV Oxígeno Bomba de Infusión Tapón salizado Aislamiento Cinturón	

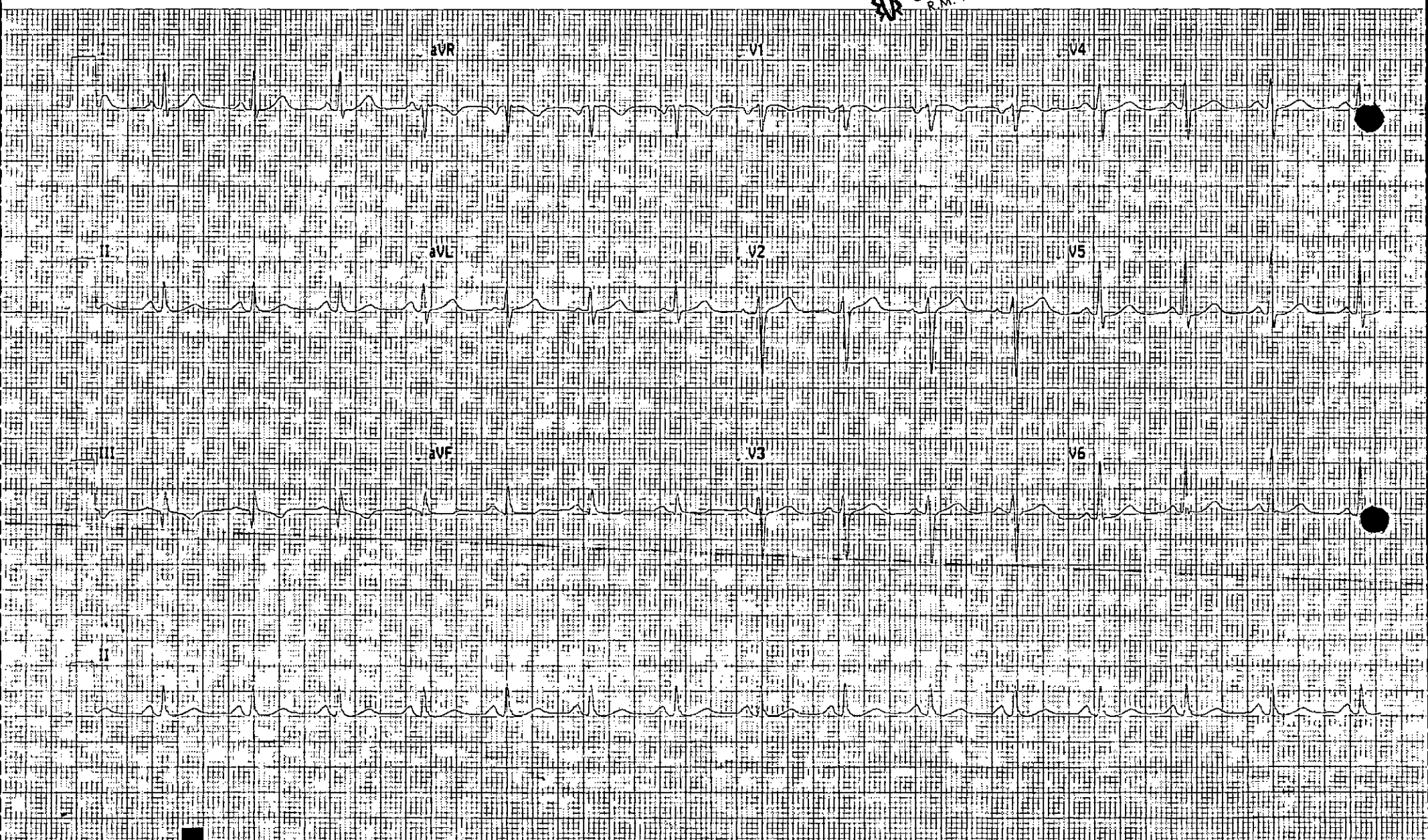
Last: Jose aliro
First: Gomez garcia :
ID: 4245325
DOB: 5-Ene-
Age: 55años
Sex: Masc

16-Mar-2017 21:33:54

Ritmo sinusl normal

Frec Ventr: 89 LPM
Int PR: 141 ms
Dur QRS: 102 ms
QT/QTc: 352/399 ms
Ejes P-R-T: 46 43 2

Manuel Álvarez Gaviria
Medicina Interna
Cardiología
C.C. 73212132
R.M. 15321



Dra. Tatiana Roldán Ovalle
Especialista en Emergencias
~~Unidad de Emergencias~~

16/III/17
21732

Last: Gomez garcia
First: Jose alirio
ID: 4245325
DOB: 25-Mar-1961
Age: 56 años
Sex: Masc

5-Jul-2017 20:17:30

Frec Ventr: 103 LPM
Int PR: 145 ms
Dur QRS: 82 ms
QT/QTc: 336/396 ms
Ejes P-R-T: 42 47 25

- taquicardia sinusal

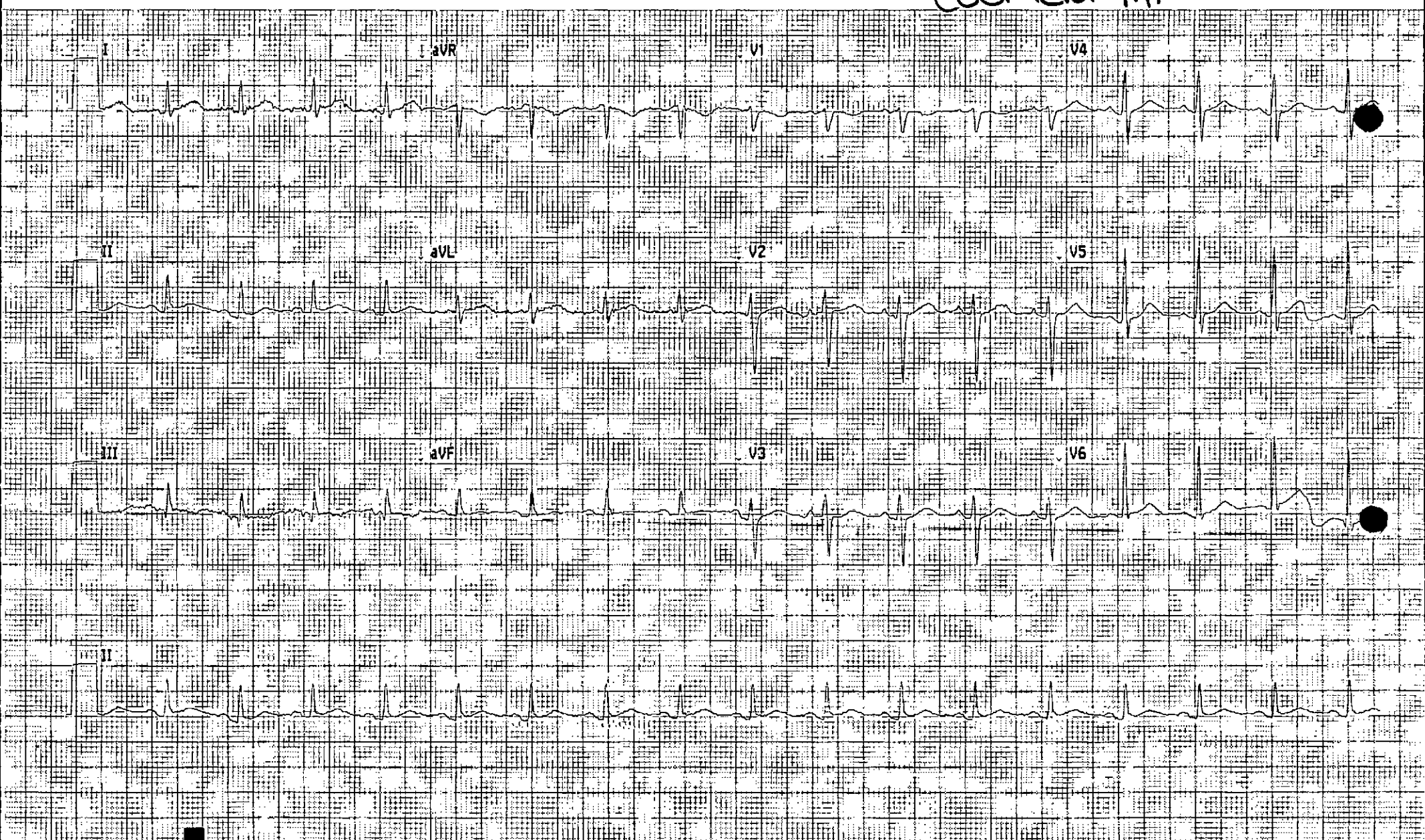
Carlos A. Sanchez Vallejo
Medicina Interna - Cardiología

C.C. 1.015.995.538

coomera mp

*

17

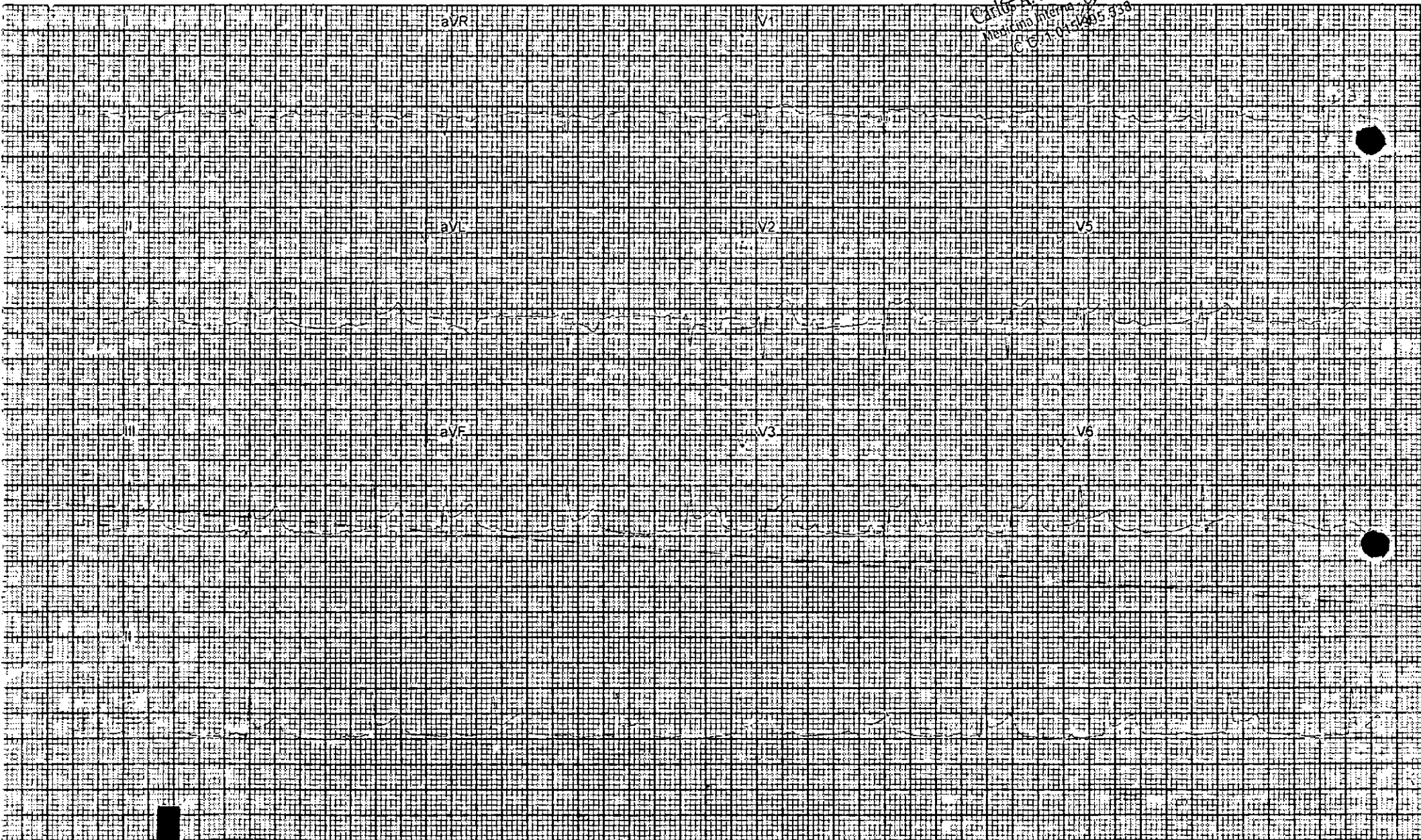


ID: Jose Gomez Nombre: 4245325
Sexo: 56 años.
Masculino Paciente

P/PP - ms
QR 84 ms
QT/QTc 348/356 ms
P/QRS/T Eje -93/101 grad
Frecuencia cardiaca: 63 LPM

Tomado en Urgencias
Lesión subepicárdica anterior UCI
extensa e inferior AM
Dilatación A-V

Carlos A. Sánchez Vallejo
Medicina Interna - Cardiología
C.E. 104 de 533





CONSENTIMIENTO INFORMADO

TERAPIA FÍSICA

HOS-CI-140

Versión 1

Departamento de Rehabilitación
Física

Yo: Jose Plinio Gómez con tipo de documento:
RC ☒ TI ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ No. 4245325, en calidad de Paciente ☐ o
(padre, madre, tutor legal, familiar, cuidador) de: _____ con tipo
de documento: TI ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ No. _____; con diagnóstico de
Dolor cervico-dorsal crónico

He sido informado (a) por el (la) fisioterapeuta Catherine Arévalo Guerrero
acerca del plan de tratamiento de fisioterapia.

Antes de la terapia.

Es necesario que nos informe de alergias a antiinflamatorios y/o analgésicos, cardiopatías, si tiene implantado un
marcapasos, infecciones, enfermedades de la piel, implantes o elementos metálicos internos, alteraciones de la
sensibilidad o cualquier otro antecedente médico de importancia:

Ninguno

¿En qué consiste la terapia?:

Se realizarán intervención encaminada a
disminuir dolor crónico y mejorar actitud postural.

¿Cuáles son los beneficios?:

- Disminuir dolor cervico-dorsal
- mejorar Postura
- Disminuir las tensiones musculares
- educación en manejo de columna cervico-dorsal

¿Cuáles son los riesgos del procedimiento de terapia? :

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables,
y los específicos de la terapia.

- Alergia a cualquier componente utilizado
-
-
-

Riesgos personalizados: _____



Hospital
Universitario

Fundación Santa Fe de Bogotá

Posibles alternativas: _____

CONSENTIMIENTO

El (la) Fisioterapeuta Catharine Arévalo Guerrero me ha explicado la naturaleza y propósito de la terapia propuesta; también me ha informado de los beneficios, molestias, posibles alternativas y riesgos. Se ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo. De esta manera declaro cumplida a satisfacción la obligación impuesta a los médicos en el Artículo 5 de la Ley 23 de 1981 y en las demás disposiciones legales que desarrollan el tema del consentimiento informado.

la terapia propuesta; también me ha informado de los beneficios, molestias, ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del s al mismo. De esta manera declaro cumplida a satisfacción la obligación 5 de la Ley 23 de 1981 y en las demás disposiciones legales que desarrollan el paciente.

De igual forma, se me ha explicado la información derivada de mi atención podrá ser utilizada para propósitos de mejoramiento continuo y que se garantizará la confidencialidad, seguridad y custodia de la misma.

De igual forma, se me ha explicado la información derivada de mi atención podrá ser utilizada para propósitos de mejoramiento continuo y que se garantizará la confidencialidad, seguridad y custodia de la misma.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, de resolver todas mis inquietudes e interrogantes y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente. También he sido informado de mi derecho de rechazar el tratamiento y revocar este consentimiento.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, de resolver todas mis inquietudes e interrogantes y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente. También he sido informado de mi derecho de rechazar el tratamiento y revocar este consentimiento.

Por lo tanto declaro que he leído y entendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento en forma libre y voluntaria.

Por lo tanto declaro que he leído y entendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento en forma libre y voluntaria.

El presente documento se firma

Bogotá a los 07 días del mes de Junio del año 2010

Paciente

Representante Legal

(Paciente menor de edad o en situación de discapacidad)

Firma

Nombre

Documento de identidad

[Firma]
Jose Alina
4

Nombre

Documento de identidad

Romel
15325

Firma

Nombre

Documento de identidad

Testigo y/o acompañante

Terapeuta

Firma

Nombre

Documento de identidad

Dirección

Teléfono

Firma

Nombre

Documento de identidad

Registro médico

[Firma]
Catherine Arévalo
12074176



Paciente : GOMEZ GARCIA JOSE ALIRIO
Identificación: CEDULA C. 4245325
Edad : 56 AÑO(S)
Habitación :
Dirección : CALLE 46 2 B 21 CASA
Convenio : COOMEVA MEDICINA PREPAGADA

Fecha Impresión: 2017/06/27
Teléfono : 5754792 3115144088
Sexo : MASCULINO

2028

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA INGRESO AL HOSPITAL

UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ

Yo, JOSE ALIRIO GOMEZ GARCIA en pleno uso de mis facultades mentales y por lo tanto en capacidad de expresar mi libre albedrío, doy mi consentimiento para ser atendido en el Hospital Universitario de la Fundación Santa Fe de Bogotá, en adelante EL HOSPITAL. Autorizo a los médicos, odontólogos y demás profesionales de la salud del HOSPITAL, a practicar los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que de acuerdo con el criterio médico se consideren necesarios. Si me tuvieran que realizar una intervención quirúrgica, administrar anestesia, dar sedación moderada o profunda, transfundir productos sanguíneos o sus derivados, realizar procedimientos riesgosos para mi salud o administrar tratamientos que también representen un riesgo, entiendo que tendré que autorizar estos procedimientos o tratamientos mediante un consentimiento informado especial. Si yo presentare una limitación física o mental que me impidiera el diligenciamiento de un consentimiento informado, mi familia o la persona a quien yo delegue podrán autorizarlo. He sido informado que EL HOSPITAL tiene procedimientos establecidos para la disposición final de los especímenes extraídos en cirugía y biopsias, así como los obtenidos para exámenes de laboratorio o patología; estos podrán ser utilizados para propósitos académicos y de investigación. Entiendo que EL HOSPITAL es de carácter universitario y contribuye a la formación de residentes, subespecialistas y estudiantes de medicina, así como otros profesionales de la salud. De esta forma, con la debida reserva del secreto profesional y con fines académicos y de investigación, autorizo que el personal en entrenamiento conozca la información concerniente a mi caso clínico bajo la supervisión del médico responsable de mi atención y que este personal en entrenamiento pueda hacer parte del equipo médico que me atenderá, dejando claro que el directamente responsable de mi cuidado es el médico tratante. Entiendo que la información que se derive de mi atención, podrá ser utilizada exclusivamente para propósitos de mejoramiento continuo de la calidad y en todo caso, se protegerá la confidencialidad, seguridad y custodia de esta información. Reconozco que a pesar de que EL HOSPITAL utiliza los más altos estándares de atención, no es posible garantizar en todos los casos un resultado completamente exitoso. Por último autorizo que la información sobre mi estado de salud sea.

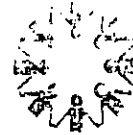
comunicada

a: MARTHA SANDOVAL cc. 24059435

OBSERVACIONES: _____

En constancia se firma.

NOMBRE: JOSE ALIRIO GOMEZ GARCIA FIRMA: [Firma]
DOCUMENTO: 4245325 DIRECCIÓN: Calle 46 HSA 05 - Quintanar (Soacha)
TELÉFONO: 3115144088 FECHA DE FIRMA: junio 27 / 2017.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DE MEDIO DE CONTRASTE

HOS-CI-207
Versión 2

Departamento de Imágenes Diagnósticas

Yo: Jose Alirio Gomez Garcia con tipo de documento: TI
() CC (x) CE () PA () No. CC4245323 en calidad de Paciente (x) o Representante
legal () de: _____ con tipo de documento: RN () RC () TI
() CC () CE () PA () No. _____ con diagnóstico
de: POP de aislamiento de venas Pulmonares

he sido informado (a) por el (a) doctor (a) Diego Aguirre acerca de:
Angiotec forox

Antes del procedimiento: Su médico tratante le ha solicitado un estudio con medio de contraste Intravenoso yodado. Esta sustancia contiene yodo y puede generar reacciones adversas por lo tanto es importante que Ud. nos advierta de posibles alergias medicamentosas, asma, falla renal, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares o reacciones adversas anteriores al medio de contraste.

El paciente debe venir en ayunas, es decir, no haber ingerido alimentos sólidos o líquidos durante las 6 horas anteriores al procedimiento. En niños menores de 4 años, el periodo de ayuno será de 4 horas. Paciente mayor de 70 años con antecedentes de falla renal o diabetes debemos conocer su función renal y por tanto debe tener un examen de laboratorio de Creatinina. Si el Paciente es diabético y toma METFORMINA (Glucophage®) y tiene una tasa de filtración glomerular menor a 60 ml/min/m² debe suspender el medicamento 48 horas antes y reiniciarlo 48 horas posterior al examen, si no existe disminución en la función renal.

El contraste endovenoso está contraindicado en Pacientes con historia de mieloma múltiple o gamapatía monoclonal.

¿En qué consiste el Procedimiento? Para la administración del medio de contraste, le será canalizada una vena en el brazo, le será administrado el medio de contraste con inyección manual o utilizando un aparato mecánico llamado inyector para controlar exactamente la velocidad y el volumen de la inyección, podrá sentir una sensación de calor o frío y en algunas ocasiones un poco de náusea. Después del examen podrá comer normalmente, debe tomar abundantes líquidos, y debe reiniciar sus medicamentos habituales

¿Cuáles son los beneficios?: La inyección del medio de contraste es una sustancia que al inyectarse permite una mejor visualización de los órganos internos y ayuda a caracterizar las lesiones del organismo

¿Cuáles son los riesgos del procedimiento y del proceso de recuperación?: Los medios de contraste yodado intravenoso poseen un riesgo de reacción, las cuales pueden variar en severidad, desde reacciones menores hasta fatales.

Reacciones leves: Náusea, vómito, sudoración, sensación de calor, alteración del gusto (sabor metálico), picazón generalizada, ampollas o enrojecimiento de la piel, dolor de cabeza, palidez generalizada, congestión nasal, mareo, escalofrío, edema facial, ansiedad.

Reacciones Moderadas: Taquicardia, hipertensión, dificultad respiratoria, vomito severo, sibilancias (sílvido en el pecho), broncoespasmo.

Reacciones Severas: Alergias severas, convulsiones, paro cardio-respiratorio.

EXTRAVASACIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE: A pesar de haber realizado una adecuada canalización de la vena, el medio de contraste puede salirse de la vena y producir dolor en el sitio de inyección, reacciones que usualmente es pasajera y ceden con medios físicos en el sitio del edema. Eventualmente se puede producir extensa irritación cutánea, la cual puede requerir manejo e intervención de otros especialistas.

REACCIONES ADVERSAS AL MEDIO DE CONTRASTE: Sólo uno a cinco de cada cien pacientes puede presentar reacciones leves, como náuseas, vómito, urticaria o sensación de calor, reacciones que desaparecen rápidamente. Se estima que una persona de cada mil puede presentar una reacción más seria, como dificultad respiratoria, arritmia cardíaca, una baja en la tensión arterial, convulsiones, reacciones que pueden ser fácilmente controladas con

medicamentos que están disponibles en la sala en la que se realiza su procedimiento. También raramente el medio de contraste puede dar origen o agravar una insuficiencia renal. Las reacciones son más probables en Pacientes que las han presentado antes, cuando se les han inyectado medios de contraste en otros estudios radiológicos, o en aquellas personas con alergias a otros medicamentos. Si usted presenta alguna reacción al medio de contraste, ésta será tratada de inmediato. Eventualmente, una reacción alérgica puede ser fatal, y causar la muerte del Paciente pero esto sólo sucede en una proporción aproximada de un caso por cada 70,000 a 100,000. Las reacciones fatales son más frecuentes en Pacientes que están gravemente enfermos antes de iniciar el procedimiento.

Riesgos personalizados: _____

Posibles alternativas: Como alternativa pueden realizarse estudios con otra modalidad de imagen como Ultrasonido, o Tomografía Computarizada simple, sin medio de contraste que pueden ofrecer una información insuficiente o limitada sobre algunos aspectos anatómicos para el estudio del problema clínico del Paciente.

Como alternativa a la tomografía con medio de contraste puede realizarse el mismo estudio simple teniendo en cuenta que su sensibilidad para la detección de lesiones se verá disminuida, o estudios de ecografía o resonancia magnética de acuerdo a la condición clínica que presente el paciente. Esta última también puede requerir un medio de contraste diferente que no contiene yodo.

CONSENTIMIENTO

He sido informado de la naturaleza y propósitos de la administración del medio de contraste; también me han informado de las ventajas, beneficios, complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos. Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo. De esta manera declaro cumplida a satisfacción la obligación impuesta en el Artículo 15 de la Ley 23 de 1981 y en las demás disposiciones legales que desarrollan el tema del consentimiento informado del paciente.

De igual forma, se me ha explicado que la información derivada de mi atención podrá ser utilizada para propósitos de mejoramiento continuo y que se protegerá la confidencialidad, seguridad y custodia de la misma.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, de resolver todas mis inquietudes e interrogantes y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente. También he sido informado de mi derecho de rechazar el procedimiento y revocar este consentimiento.

Por lo tanto declaro que he leído y entendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento en forma libre y voluntaria.

El presente documento se firma en Bogotá a los 29 días del mes de Junio del año 2017

Paciente

Firma [Firma]
Nombre José Alirio Gómez
Documento de identidad 4245321

Representante Legal

(Paciente menor de edad o en situación de discapacidad)

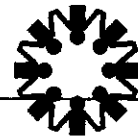
Firma _____
Nombre _____
Documento de identidad _____

Testigo y/o acompañante

Firma _____
Nombre _____
Documento de identidad _____
Dirección _____
Teléfono _____

Médico

Firma [Firma]
Nombre _____
Documento de identidad _____
Registro médico _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO

**ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO Y
ABLACIÓN CON RADIOFRECUENCIA**

HOS-CI-100

Versión 2

Departamento de Cardiología

Yo: Jose Alcirio Gomez con tipo de documento:
TI ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ No. 4245325, en calidad de Paciente ☐ o
Representante legal ☐ de: _____ con tipo de documento:
RN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ No. _____; con diagnóstico
de: Fibrilación auricular

he sido informado (a) por el (a) doctor (a) Alfredo J. J. J. acerca de:

Antes del procedimiento:

Este es un procedimiento invasivo, por lo tanto se habrán analizado las alternativas disponibles para tratar su caso y se habrán hecho los estudios necesarios antes de decidir hacerle un **estudio electrofisiológico** ☐ y **ablación con radiofrecuencia** ☐. Tenga en cuenta que no es posible garantizar que el procedimiento será exitoso.

Es necesario que nos informe de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis dentales, marcapasos y/u otros dispositivos electrónicos, medicaciones actuales y cualquier otro antecedente médico de importancia. Puede ser necesario cambiar o suspender algunos de los medicamentos que usted usualmente toma.

¿En qué consiste el Procedimiento?

Se le aplica anestesia local en la región de la ingle. A través de las venas o arterias de dicha zona se introducen varios catéteres (cables muy finos, largos y flexibles), dirigiéndolos hasta el corazón mediante control por rayos X. Los catéteres sirven para registrar permanentemente la actividad eléctrica del corazón desde su interior, pero también sirven como marcapasos cuando se conectan a un aparato estimulador externo. **La ablación** consiste en que una vez establecido el origen de la arritmia se procede a aplicar energía de radiofrecuencia con el fin de eliminar los focos productores de arritmias. A veces es necesario administrar algún fármaco para precisar el diagnóstico de la arritmia. La duración del estudio es variable, debiendo permanecer después en cama algunas horas.

Cabe la posibilidad que durante el procedimiento haya que realizar variaciones por los hallazgos.

Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

¿Cuáles son los beneficios?:

- Permite conocer el tipo de gravedad de las arritmias, el lugar del corazón en donde se originan y los trastornos que producen.
- Sirve además, para enfocar mejor el tratamiento que debe aplicarse.
- En el caso de detectarse una arritmia que sea corregible, el médico podrá realizar una terapia curativa, a través de la ablación con radiofrecuencia.
- La tasa de éxito depende del tipo de arritmia pero en general es del orden del 90 a 95%.

¿Cuáles son los riesgos del procedimiento y del proceso de recuperación?:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de todo procedimiento invasivo y que puedan afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación actual del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad, anemia, obesidad, falla renal), y los **específicos del procedimiento**:

- Es habitual notar palpitaciones en muchos momentos del estudio,

- En muy contadas ocasiones puede ser imprescindible recurrir a un choque eléctrico para resolver un problema súbito o a la colocación de un marcapasos transitorio o permanente ante el bloqueo agudo de la conducción cardíaca. La mayoría de las veces
- Leve molestia en la zona de punción o la aparición de un hematoma que se reabsorberá, casi siempre, espontáneamente.
- Muy raras son otras complicaciones relacionadas con el procedimiento (flebitis, trombosis venosa o arterial, hemorragia que precise transfusión, perforación cardíaca con taponamiento, embolia pulmonar o sistémica), algunas de ellas son graves y requieren actuación urgente.

La mayoría de estas complicaciones se resuelven con tratamiento médico pero pueden llegar a requerir una intervención mayor, en ocasiones de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está realmente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad siendo ésta infrecuente.

Riesgos personalizados: 1 o 2 ondas

Posibles alternativas: N/A

CONSENTIMIENTO

El (a) Doctor (a) Alfonso Olvera me ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención o procedimiento especial propuesto; también me ha informado de las ventajas, beneficios, complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos. Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo. De esta manera declaro cumplida a satisfacción la obligación impuesta a los médicos en el Artículo 15 de la Ley 23 de 1981 y en las demás disposiciones legales que desarrollan el tema del consentimiento informado del paciente.

De igual forma, se me ha explicado que la información derivada de mi atención podrá ser utilizada para propósitos de mejoramiento continuo y que se protegerá la confidencialidad, seguridad y custodia de la misma.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, de resolver todas mis inquietudes e interrogantes y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente. También he sido informado de mi derecho de rechazar el tratamiento y revocar este consentimiento.

Por lo tanto declaro que he leído y entendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento en forma libre y voluntaria.

El presente documento se firma en Bogotá a los 27 días del mes de agosto del año 2017

Paciente

Firma [Firma]
Nombre Jose Alvaro Gomez
Documento de identidad 4245325

Representante Legal

(Paciente menor de edad o en situación de discapacidad)

Firma _____
Nombre _____
Documento de identidad _____

Testigo y/o acompañante

Firma _____
Nombre _____
Documento de identidad _____
Dirección _____
Teléfono _____

Médico

Firma [Firma]
Nombre Alfonso Olvera
Documento de identidad 5779225
Registro médico _____

INSTITUTO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES
FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA

Fundación Santa Fe de Bogotá

PACIENTE: GOMEZ GARCIA JOSE ALIRIO
IDENTIFICACIÓN: CC4245325 **EDAD:** 56 AÑOS
SEXO: MASCULINO
TELÉFONO: 57547923115144088
FECHA SOLICITUD EXAMEN: 16 junio 2017 **No. EXAMEN:** 1706160401
FECHA REALIZACIÓN EXAMEN: 16 junio 2017 01:49:00 p.m.
MÉDICO REMITENTE: FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA

EXAMEN **ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO**

ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR

DIASTOLE DEL VENTRICULO IZQ.	4.9	CM	AREA DE AURICULA DERECHA	19	CM
SISTOLE DEL VENTRICULO IZQ.	2.9	CM	VOLUMEN DE AURICULA DER.	53	ML
PARED POSTERIOR	0.9	CM	AORTA	3.4	CM
SEPTUM	0.9	CM	APERTURA		CM
CAMARA VENTRICULAR DERECHA	3.7	CM	FRACCION DE EYECCION	61	%
AURICULA IZQUIERDA	3.2	CM	FRACCION DE ACORTAMIENTO		%
AREA AURICULAR IZQUIERDA	17	CM 2	VOL. FIN DIASTO	95	ML
VOLUMEN AURICULAR IZQUIERDO INDX	30	ML/M2	VOL. FIN SISTOLE	37	ML
INDICE MASA VENTRICULAR IZQUIERDO	84	GR/M2	MASA VENTRICULAR IZQUIERDA	154	GR

DOPPLER

AORTA:			MITRAL:		
VEL. MAXIMA:	1.23	M/SEG	ONDA E:	0.49	M/SEG
GRAD. MAXIMO	6.0	MMHG	ONDA A	0.56	M/SEG
GRAD. MEDIO:		MMHG	E/A	0.8	
THP		MS	E/E' LATERAL	9.4	
VIT TSVI			E/E' MEDIAL	9.4	
VIT VAO			GRAD. MAXIMO:		MMHG
IDV			GRAD. MEDIO:		MMHG
AREA POR VTI		CM2	THP		MS
PRESION SISTOLICA DE ARTERIA PULMONAR: 29 MMHG			VIT VM		
VELOCIDAD DE LA INSUFICIENCIA : 2.4 M/S			AREA POR VTI		CM2
COLOR: INSUFICIENCIA MITRAL LEVE Y TRICUSPIDEA TRIVIAL.					

BIDIMENSIONAL

Al paciente en pleno uso de sus facultades mentales, se le explica previamente sobre la naturaleza, indicaciones, ventajas, riesgos y complicaciones inherentes a la realización del procedimiento; se informan las alternativas y se solucionan inquietudes. Se firma de conformidad el consentimiento informado y se procede a la realización de ecocardiograma transesofágico en 2D y 3D. Se administra anestésico local en orofaringe y se pasa transductor

transesofágico sin dificultad. Encontrando los siguientes hallazgos:

Aurícula izquierda de tamaño y forma normal sin trombos intracavitarios. Auriculilla izquierda libre de lesión. Con velocidades de 90 cm/seg. Foramen oval no permeable. Se realiza contraste con solución salina agitada descartando presencia de cortocircuitos intracardiacos.

Aurícula derecha de tamaño y forma normal, septum interauricular íntegro.

Ventrículo izquierdo de tamaño y función normal, no se encontró alteración segmentaria de la contractilidad.

Tracto de salida del ventrículo izquierdo libre de obstrucción.

Ventrículo derecho de tamaño y función normal. (TAPSE: 21 mm)

Válvula mitral normal, no presenta prolapso sistólico.

Válvula aórtica trivalva, normal, raíz de aorta, aorta ascendente, arco aórtico y aorta descendente hasta el nivel inmediatamente por debajo de los diafragmas normales, no se encontraron placas ateromatosas.

Válvulas tricuspídea y pulmonar morfológicamente normales.

Pericardio, vena cava superior e inferior normales.

CONCLUSIONES:

1. Estudio negativo para masas valvulares o trombos intracavitarios en el momento.
2. Ventrículo izquierdo con dimensiones normales.
3. Función sistólica global normal (F.E.: 61 %), sin alteración en la contractilidad segmentaria.
4. Insuficiencia mitral leve.
5. Ventrículo derecho de tamaño y función conservada.
6. Insuficiencia tricuspídea trivial.
7. Baja probabilidad para hipertensión pulmonar. PSAP: 29 mmHg.

NOTA: Durante el estudio en ritmo sinusal con frecuencia cardiaca promedio 59 lpm.

MÉDICO: NOHRA PIEDAD ROMERO VANEGAS / MD

Reporte, Aprobación Electronica / Cardiólogo JORGE LEON GALINDO

Gomez garcia, Jose alirio
ID: 4245325

masculino

28.06.2017 9:48:30
FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA
Calle 119 Cra. 9
Bogota

N.º loc.:
Número de petición:
Visita:
Indicación:
Medicamento 1:
Medicamento 2:
Medicamento 3:

Habitación: 402

2018

104/min

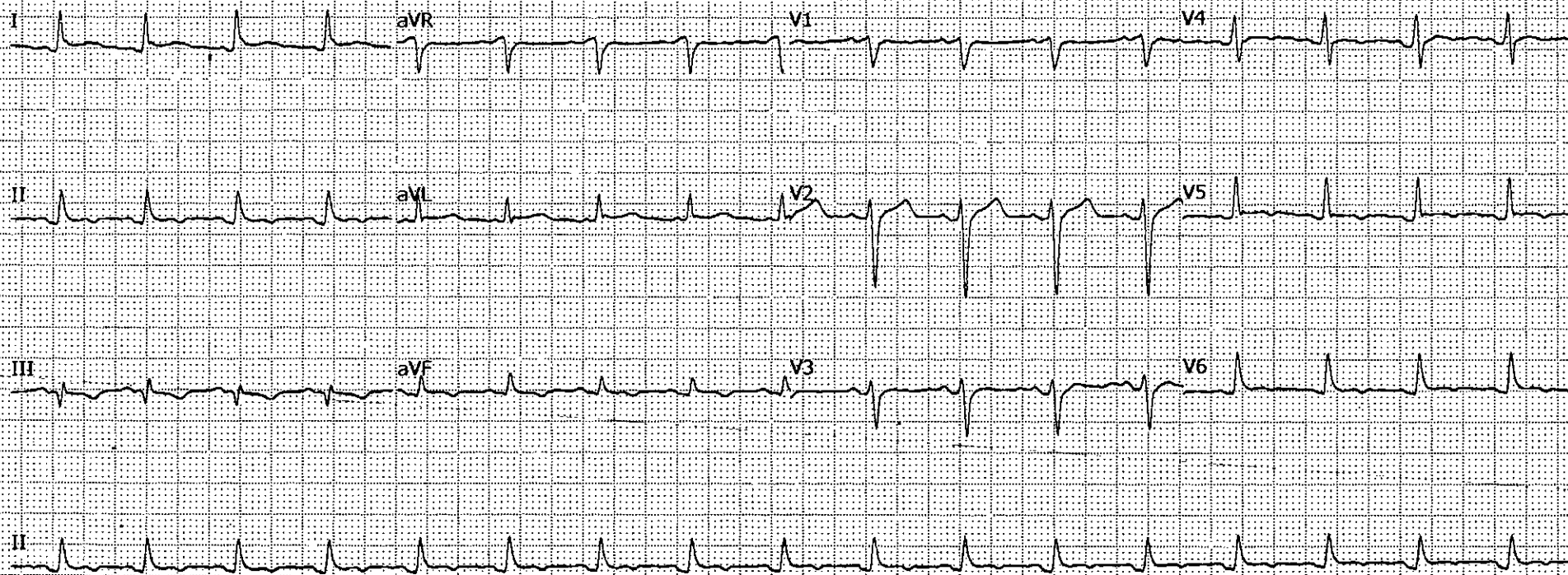
--/-- mmHg

Usuario: doct laura, J. Lucia
Med. solicitante:
Med. que envia:
Medico asistente:

QRS 78 ms
QT / QTcBaz 328 / 431 ms
PQ 128 ms
P 88 ms
RR / PP 578 / 576 ms
P / QRS / T 83 / 22 / 3 Grados

Taguando sinusal
Progresión lenta de onda R en precordiales
Intervalo largo de la repolarización ventricular

Dr. Daniel Alvarez Garin
Medicina Interna
Cardiología
C.C. 33212132
R.M. 15321



Gomez. CC 4245325

Gomez, Jose alirio
ID: 4245325

25.03.1961
56 Años

fem

27.06.2017 20:35:16
FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA
Calle 119 Cra. 9
Bogota

N.º loc.
Número de petición:
Visita:
Indicación:
Medicamento 1:
Medicamento 2:
Medicamento 3:

Habitación: u 402 ✓

111 /min
/ mmHg

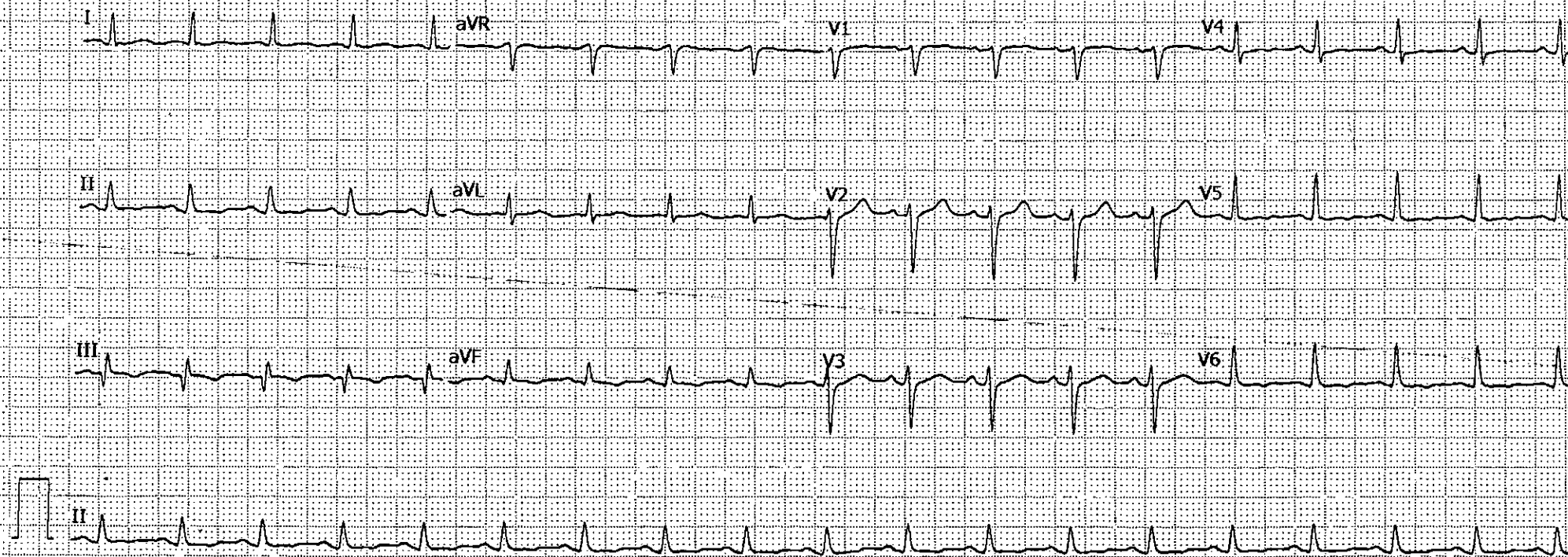
Usuario: magaly vanegas
Méd. solicitante:
Méd. que envía:
Médico asistente:

QRS : 84 ms
QT / QTcBaz : 334 / 454 ms
PQ : 134 ms
P : 118 ms
RR / PP : 538 / 540 ms
P / QRS / T : 38 / 23 / 9 Grados

- Turgencia de sinus

- Turgencia de repolarización lateral

José A. Sánchez Fajardo
Médico Especialista en Cardiología
C.C. 3456789



Gomez Garcia, Jose Alirio
ID: 4245325

25.03.1961
56 Años masc.

14.06.2017 10:29:15
FUNDACION SANTAFE DE BOGOTA
Calle 119 # 9
BOGOTA

N.º loc.
Número de petición:
Visita:
Indicación:
Medicamento 1:
Medicamento 2:
Medicamento 3:

Habitación:

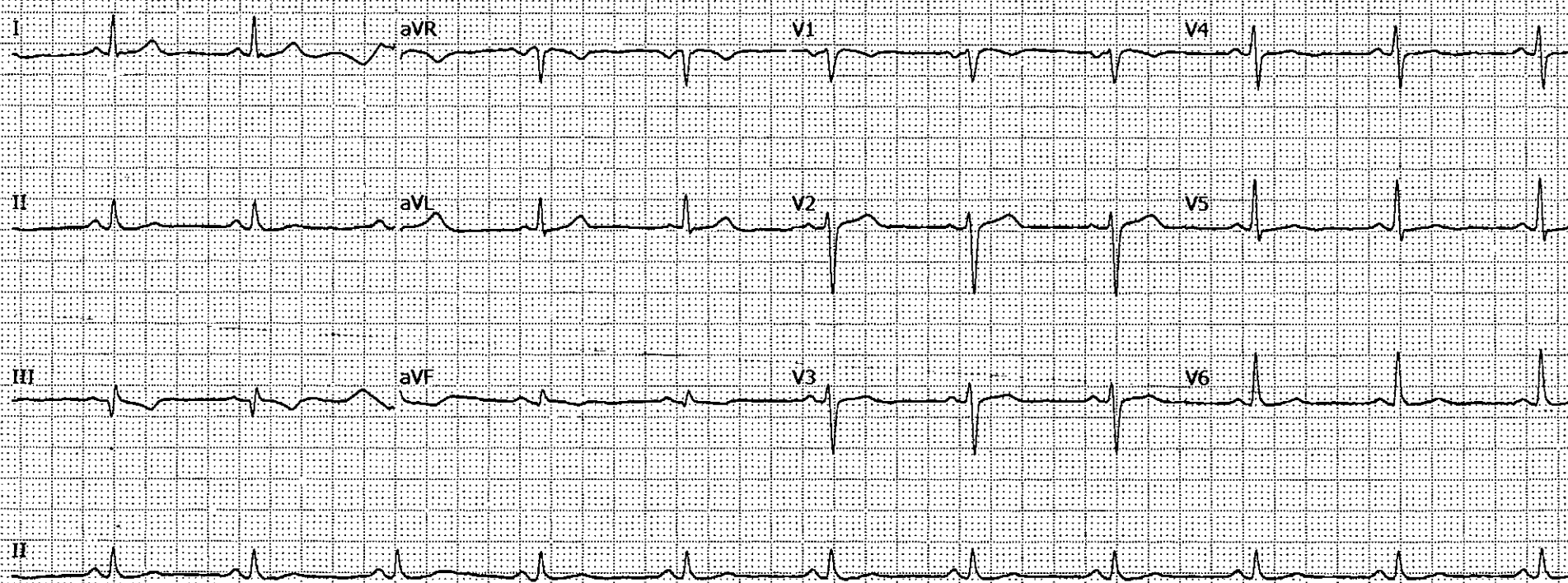
66/min
--/-- mmHg

Usuario: y
Med. solicitante:
Med. que envía:
Médico asistente:

QRS : 80 ms
QT / QTcBaz : 384 / 402 ms
PQ : 142 ms
P : 110 ms
RR / PP : 910 / 909 ms
P / QRS / T : 41 / 17 / 1 Grados

TRAZO NORMAL

DR. JORGE MOR
Cardiología Intervencionista
Fundación Santa FE de Bogotá
R. M. 79264955



FORMATO PARA CONTROL DE PASO DE CARTUCHO DE CERAMICA

ASESOR COMERCIAL:

MES:

ARMOC S.A.S.
ARROW MEDICAL S.A.S.
NIT. 811.001.723-3

ARMOQ BLE DE LA INSTITUCIÓN		ARMOQ S.A.S. A FIRMAMEDICAL S.A.S. ARMOQ NIT. 811.947.723-3
30449 2396	ARMOQ	

[illegible]



GASTRO - INTESTINAL

Hernia Hiatal	No	Gastritis	No	Hepatitis	No	Colon Irritable	No
---------------	----	-----------	----	-----------	----	-----------------	----

Otros:

HEMATOLÓGICO

Anemia	No	Transfusiones Previas	No	Anticoagulantes	No	Aspirina	No
--------	----	-----------------------	----	-----------------	----	----------	----

Otros:

REACCIONES ALERGICAS:NO CONOCIDAS

MEDICAMENTOS ACTUALES:XARELTO 20 MG DIA , BETALOC ZOK 50 MG DIA ,GLUCOSAMINA, LOSARTAN 50MG DIA

FECHA ULTIMA MENSTRUACION:NO APLICA

ANESTESIAS PREVIAS:

FECHA	CIRUGIA	ANESTESIA	OBSERVACIONES

ESTADO FISICO	1	2	x	3	4	5	6	E
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---

RESULTADOS DE EXÁMENES (fecha):

HEMOGLOBINA: 17.5 HEMATOCRITO: 50.3 LEUCOCITOS: 6.900 PLAQUETAS:206.000
PTT: 32.6 PT:12.9 INR: 0.96 GLICEMIA:107
BUN: 19.3 CREATININA 1.09 PARCIAL DE ORINA:

RADIOGRAFIA DE TORAX (FECHA):

PLAN: SE DA INFORMACION Y EDUCACION CLARA SOBRE AYUNO, RIESGOS, COMPLICACIONES Y CUIDADOS RESPIRATORIOS PERIOPERATORIOS

1. INTERCONSULTA:

CIRUGIA: SI x NO

2. TIPO DE ANESTESIA: general

3. AYUNO: 8 Horas:

Se explican al paciente riesgos y beneficios de la técnica anestésica

ANESTESIOLOGO	RESIDENTE
Nombre: Leopoldo Ferrer Zaccaro	Nombre: Andres Calderon
Cédula: 8773343	Cédula 1032386976



CONSULTA DE ANESTESIA

DATOS GENERALES

Fecha : 21/jun/2017
Paciente : JOSE ALIRIO GOMEZ GARCIA
Documento : 4245325
Nacimiento. : 25/mar/1961
Edad : 56 años
Entidad : COOMEVA MEDICINA PREPAGADA
Teléfonos : 3115144088 - 5754792
Médico Remitente: ALEJANDRO OLAYA

TALLA	165 cm	PESO	72 kg	TA	110 / 70 mmhg	FC	70 x min
PROCEDIMIENTOS	AISLAMIENTO DE VENAS PULMONARES VIA PERCUTANEO						
RESERVA DE SANGRE		Grupo	A	Rh		POSITIVO	

Otros:

HISTORIA CLINICA (Breve resumen): Paciente con FA paroxística quien va para aislamiento de venas pulmonares.

VÍA AÉREA Y CUELLO:	Apertura oral	>4 cm	MALLAMPATI	I / IV	Signos de vía aérea difícil?	No
adecuada flexoextensión cervical, adecuada protrusión mandibular con bite lip test positivo						
DENTADURA:	incisivos superiores 11 y 21 prominentes, no dientes flojos.					

CARDIOVASCULAR:

Enfermedad Coronaria - IAM	No	Hipertensión	Si	Arritmia	Si	Clase Funcional	III / IV
----------------------------	----	--------------	----	----------	----	-----------------	----------

Otros:

AUSCULTACION CARDIOPULMONAR NORMAL SIN AGREGADOS

ELECTROCARDIOGRAMA -ECO -PERFUSIÓN CORONARIA:

ECO TE16/06/17: estudio negativo para masas valvulares o trombos intracavitarios. VI de dimensiones normales. FEV1 del 61% sin lateración de la contractilidad segmentaria. VD normal, insuficiencia tricuspídea trivial PSAP 29mmHg
 EKG: trazo normal

RESPIRATORIO:

EPOC	No	Infección Respiratoria	No	Asma	No	Fumador	No	Paquetes / año
------	----	------------------------	----	------	----	---------	----	----------------

Otros:

RENAL

Insuficiencia Renal	No	Infecciones Urinarias	No	Cálculos Renales	No
---------------------	----	-----------------------	----	------------------	----

Otros:

METABÓLICO

Diabetes Mellitus	No	Hipotiroidismo	No	Hipertiroidismo	No
Obesidad	No	Perdida de Peso	No	Embarazo	No

Otros:

NEUROMUSCULAR - ESQUELÉTICO - SALUD MENTAL

Parálisis	No	Cefaleas	No	Jaquecas	No	Lumbalgia	No
E.C.V	No	Convulsiones	No	Depresión	No	Enf. Muscular	No

Otros:

El profesional que realiza el procedimiento confirma:	Verificado	N/A	Observaciones
Conteo completo de instrumental	X		
Conteo completo de agujas	X		
Conteo completo de gasas	X		
Conteo completo de compresas	X		
Conteo completo de otros insumos y/o elementos utilizados	X		
Muestras de laboratorio y patología etiquetadas con nombres completos, apellidos completos y número de documento de identificación del paciente solicitadas en historia clínica.		X	
Problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos		X	
Hora de realización de la pausa de seguridad (esta hora también queda registrada en la descripción quirúrgica o en el reporte del procedimiento)	Hora:		
El profesional que realiza el procedimiento, el anestesiólogo, enfermera o profesional asignado, revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente.			

Alejandro Olaya
Cardiólogo - Electrofisiólogo
C.C. 79.942.323
R.M. 25738-01

Alejandro Olaya

Nombre del profesional que realiza el procedimiento

[Firma]

Firma



Fundación
Santa Fe de Bogotá

Fecha:

27-06-17

Nombres completos y apellidos completos del paciente:

José Alirio Gómez

Número documento de identidad:

4245325

Edad:

56 años

Nombre del procedimiento:

Aislamiento de Venas Pulmonares

1 Lista de chequeo con paciente despierto

Parte 1: Antes de iniciar el procedimiento				
Enfermería confirma:		Verificado	N/A	Observaciones
Con paciente	Verifica con el paciente y/o tutor, sus nombres completos, apellidos completos y el número de su documento de identificación	X		
	Verifica que el paciente cumple con el ayuno requerido	X		21/6/17 6:00am
	Verifica si el paciente tiene alergias conocidas	X		Alérgico
Enfermera o auxiliar de enfermería	Verifica que está el consentimiento informado de la cirugía o procedimiento debidamente diligenciado	X		
	Verifica que el procedimiento a realizar coincide con el registrado en el consentimiento informado para la cirugía o procedimiento	X		
	Verifica que esté la evaluación pre-anestésica	X		
	Verifica que el consentimiento informado de anestesia esté adecuadamente diligenciado	X		
	Verifica que están disponibles las imágenes diagnósticas requeridas para la cirugía o procedimiento	X		
	Verifica que el formato de conciliación de medicamentos está diligenciado	X		
	Verifica última dosis de anticoagulante y/o antiagregante plaquetario	X		Xarello 27/6/17
Parte 2: En la sala				
Enfermería confirma:		Verificado	N/A	Observaciones
Con anestesiólogo	Verifica la necesidad de hemocomponentes		X	
	Verifica el funcionamiento correcto del equipamiento de anestesia	X		
Enfermera o auxiliar de enfermería	Verifica si requiere reserva de hemocomponentes, en la historia clínica y con el servicio transfusional		X	
	Verifica si tiene el consentimiento informado de transfusión de hemoderivados adecuadamente diligenciado, si tiene reserva de hemocomponentes		X	
Con cirujano	Verifica si el paciente tiene infección activa	X		
	Verifica que se haya realizado la marcación del sitio quirúrgico	X		
Con instrumentadora	Verifica la disponibilidad de los implantes o material especial necesario durante el procedimiento	X		
	Verifica la disponibilidad de los equipos necesarios para el procedimiento	X		

[Firma] 18799

Nombre enfermera /auxiliar de enfermería / profesional encargado

[Firma]

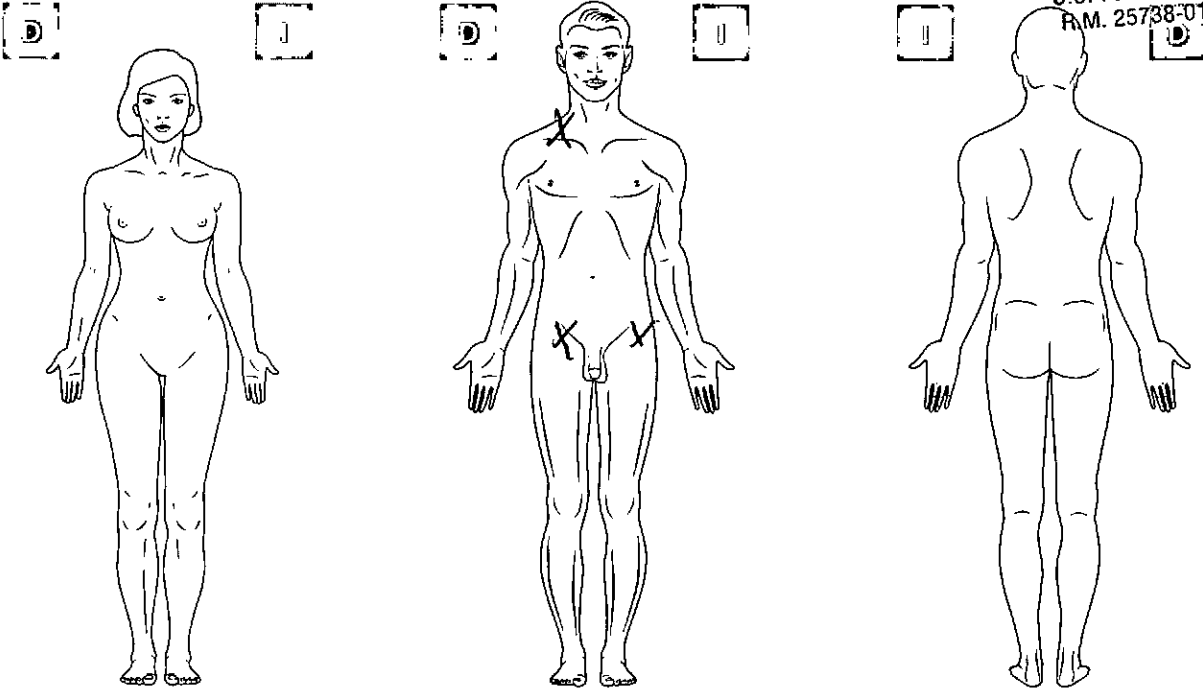
Firma

2 Marcación de sitio quirúrgico, punción o punción

Nombre del cirujano: Dr. Alejandro Olaya

Fecha y hora: 27-06-17

Firma: Alejandro Olaya
Cardiólogo - Electrofisiólogo
C.C. 79.942.323
R.M. 25738-01



Lista de chequeo: Funcionamiento de equipos y medidas de protección del paciente

Relacionado con equipos			Relacionado con el paciente		
	Verificado	N/A		Verificado	N/A
Funcionamiento de luces	X		Confirma rasurado correcto de sitio operatorio	X	
Funcionamiento de electro-bisturí		X	Verifica la colocación de la placa de electro-bisturí	X	
Funcionamiento de lámpara cielítica		X	Verifica la posición del paciente	X	
Funcionamiento de microscopio		X	Verifica y protege áreas de presión	X	
Funcionamiento de torre de laparoscopia u otro tipo		X	Verifica la colocación de medias y fundas de compresión		X
Neumoinflador		X			
Fuente de luz	X				
Monitores	X				
Equipo de grabación de vídeo		X			
Funcionamiento de succiones	X				
Funcionamiento otros equipos (endoscopia - broncoscopia)		X			
Observaciones:					

Daniel Rodríguez
10249

Nombre auxiliar de enfermería o profesional asignado

Firma

3 Pausa de seguridad

Se realiza con el paciente anestesiado (general, regional, local o sedación), antes de iniciar el procedimiento.

Lateralidad: Derecha: X Izquierda: X

Cualquier miembro del equipo confirma:	Verificado	N/A	Observaciones
Lista de chequeo con paciente despierto completa	X		
Equipo humano en sala, completo y presente (Cirujano o profesional que realiza el procedimiento, anestesiólogo, instrumentadora y enfermería) (auxiliar de enfermera circulante y/o enfermera) u otro profesional asignado	X		
Nombres completos, apellidos completos, número de documento de identificación del paciente	X		
Nombre del procedimiento	X		
Posición quirúrgica del paciente	X		
Marcación del sitio quirúrgico	X		
Disponibilidad de los implantes o material especial necesario durante el procedimiento	X		
Imágenes diagnósticas necesarias están disponibles en la sala	X		
Hora de finalización del antibiótico profiláctico	Hora: <u>X</u>		
Hora de realización de la pausa de seguridad (esta hora también queda registrada en el record de anestesia en procedimientos quirúrgicos y en la nota del especialista en los procedimientos invasivos)	Hora: <u>13:45</u>		
Señale los miembros del equipo asistencial presente en el momento de la pausa de seguridad:			
Profesional que realiza el procedimiento: <input checked="" type="checkbox"/> Anestesiólogo: <input type="checkbox"/> Instrumentadora: <input type="checkbox"/>			
Enfermera: <input checked="" type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería u otro profesional: <input type="checkbox"/>			
El procedimiento no se inicia hasta que todas las preguntas estén resueltas.			

CARLOS TRIANA SCHONBERG

Nombre anestesiólogo o profesional que realiza el procedimiento cuando no hay anestesiólogo

Firma

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANESTESIA

HOS-CI-002



Hospital
Universitario

Fundación Santa Fe de Bogotá

Departamento de Anestesia

2001110537

Yo José Alirio Gómez García con tipo de documento RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ PA ☐ No. 4245325, con diagnóstico: FA paroxística

En calidad de: paciente ó Represente legal de: Georgio Ferrer, he sido informado (a) por el doctor (a) Georgio Ferrer acerca de:

¿En qué consiste la Anestesia?:

La anestesia es el procedimiento médico que permite realizar una operación quirúrgica sin dolor. En algunas ocasiones después de practicar una anestesia local o regional se tiene que pasar a la anestesia general.

El médico anestesiólogo es el encargado de indicar el tipo de anestesia adecuada para cada caso dependiendo de la operación que se va a realizar y del estado del paciente.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar variaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

Es necesario que nos informe de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis dentales, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otro antecedente médico de importancia.

Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados

¿Cuáles son los beneficios?:

Realización del procedimiento quirúrgico propuesto y control del dolor

¿Cuáles son los riesgos del procedimiento y del proceso de recuperación?:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos secundarios, tanto los comunes derivados del acto anestésico, como los que pueden afectar órganos y sistemas, como los debidos a la situaciones especiales del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad)

Anestesia General: dolor de garganta, náuseas, vómito, mareo, lesión ocular, trauma dental, lesión de cuerdas vocales temporal o definitiva, dolores musculares, hipotensión, hipertensión, bronco-aspiración, reacción alérgica a sustancias anestésicas, isquemia o infarto de miocardio, alteraciones neurológicas temporales o definitivas, lesión de nervios periféricos y de zonas de presión por posiciones requeridas durante la intervención, falla cardíaca severa, paro cardio-respiratorio e incluso la muerte.

- **Anestesia Raquídea, Epidural o Regional:** infección en el sitio de aplicación, inflamación, hematomas, dolor lumbar, meningitis, neuritis, reacciones alérgicas, déficit neurológico sensitivo o motor (temporal o definitivo), hipotensión, dificultad respiratoria, convulsiones, cefalea intensa, y ocasionalmente la muerte.

- **Anestesia local/regional más sedación:** náuseas y vómito, infección en el sitio de aplicación, reacciones alérgicas, hematomas, y las asociadas a anestesia general

Este documento deberá incorporarse a la Historia Clínica del Paciente.

Estas situaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, etc.) pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia. Ninguna intervención ó procedimiento especial está absolutamente exenta de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

Riesgos personalizados:

Complicaciones Cardiorespiratorias, Neurológicas o Renales
transitorias o permanentes

CONSENTIMIENTO

El (a) Doctor (a) Leopoldo Ferrer me ha explicado la naturaleza, el propósito, las diferentes alternativas (técnicas) anestésicas de la intervención quirúrgica o procedimiento especial propuesto, también me ha informado de las ventajas, complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos. Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo. De esta manera declaro cumplida a satisfacción la obligación impuesta a los médicos en el Artículo 15 de la Ley 23 de 1981 y en las demás disposiciones legales que desarrollan el tema del consentimiento informado del Paciente.

Entiendo que en el curso de la intervención quirúrgica o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones que requieran **intervenciones adicionales, como monitoria invasiva, (colocación de catéteres), los cuales autorizo, (SI ☒) / (NO ☐)** al médico tratante o el anestesiólogo encargado si lo juzgan indispensable.

Si llegase a ser necesario, **autorizo (SI ☒) / (NO ☐) me sean transfundidos los componentes sanguíneos** que se consideren indispensables para mejorar mi situación como paciente, siendo estos certificados con las pruebas de compatibilidad. Entiendo que pueden presentarse reacciones alérgicas o hemólisis, así como infecciones no conocidas en el momento de la transfusión.

De igual forma, se me ha explicado que la información derivada de mi atención podrá ser utilizada para propósitos de mejoramiento continuo y que se protegerá la confidencialidad, seguridad y custodia de la misma

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, de resolver todas mis inquietudes e interrogantes y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente. También he sido informado de mi derecho de rechazar el tratamiento y revocar este consentimiento.

Por lo tanto autorizo que se realice la atención anestésica que se considere más adecuada para mí y a cambiar de técnica anestésica si durante el acto el anestesiólogo lo considera necesario.

El presente documento se firma en Bogotá a los 21 días del mes de 10 de 2017

Paciente

Nombre José Plinio Gómez García
Firma [Firma]
Documento de identidad 27245325

Testigo y/o acompañante

Nombre _____
Firma _____
Documento de identidad _____
Dirección _____
Teléfono _____

Representante legal en caso de paciente menor de edad o en situación de discapacidad

Nombre _____
Firma _____
Documento de identidad _____

Anestesiólogo

Nombre [Firma]
Firma [Firma]
Documento de identidad [Firma]
Registro médico [Firma]

FORMATO DE CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS Y ALERGIAS



Si usted es paciente y/o acompañante, le pedimos el favor de suministrar información precisa a su médico para tener un tratamiento efectivo durante su estancia en el Hospital Universitario. Su médico tendrá en cuenta esta información para realizarle una correcta formulación, es por ello que debe asegurarse de que la conozca

Nombre y apellidos completos del paciente: <u>José Aldo Gómez García</u>	Tipo de documento: <u>C</u>	Documento No: <u>4245325</u>
Nombre y apellidos completos de quien diligencia:	Parentesco:	Fecha de diligenciamiento: <u>30/01/2014</u>

I. Medicamentos: Por favor relacione en la siguiente tabla los medicamentos prescritos y no prescritos, productos naturales, gotas, suplementos dietarios, etc. que usa habitualmente en casa.

MEDICAMENTO	DOSIS (gramos, miligramo s, por toma)	VÍA (Oral, Subcutá nea, otros)	FRECUENCIA (¿Cada cuánto lo toma?)	DECISIÓN MÉDICA (Espacio para diligenciar únicamente por su médico)				FECHA Y HORA DE LA ÚLTIMA VEZ QUELO TOMÓ (Diligenciar en el momento del ingreso al hospital)	
				C: Continua, S: Suspende, M: Modifica			OBSERVACIONES	Fecha	Hora
				C	S	M			
Xarelto 20mg								DD/MM/AAAA	am/pm
Beta loc 20k								DD/MM/AAAA	am/pm
50mg								DD/MM/AAAA	am/pm
Chucosamina								DD/MM/AAAA	am/pm
Losartan	50mg	VO	diaria					DD/MM/AAAA	am/pm
								DD/MM/AAAA	am/pm
								DD/MM/AAAA	am/pm
								DD/MM/AAAA	am/pm
								DD/MM/AAAA	am/pm
								DD/MM/AAAA	am/pm

Recuerde estar atento a los cambios realizados por su médico en la formulación y resuelva sus dudas con él, ya que en el hospital no se administrará ningún medicamento no prescrito y por su seguridad no lo debe administrar usted mismo.

En ocasiones tras la administración de medicamentos se pueden presentar reacciones inesperadas y nocivas, que se consideran "alergias a medicamentos". Si ha presentado algún efecto inesperado tras el consumo de medicamentos, alimentos y/o sustancias administradas en el hospital (Por ejemplo: medios de contraste), infórmelo a su médico para que pueda realizar una formulación segura durante su estancia.

II. ALERGIAS: Si ha presentado efectos inesperados tras el consumo o administración de algún medicamento, alimento u otros. Escríbalo a continuación y describa los síntomas presentados.

MEDICAMENTO/ALIMENTO/OTROS	SINTOMAS	MEDICAMENTO/ALIMENTO/OTROS	SINTOMAS

Firma del paciente: [Firma]
Documento No: 4245325

VoBo Médico: [Firma]

- Si tiene dudas para el diligenciamiento de este formato, consulte a su médico -



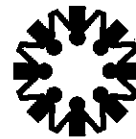
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
TRASLADO DE PACIENTES



Hospital
Universitario
Fundación Santa Fe de Bogotá

Nombre del Paciente Jose Alino Gomez Garcia Ramirez Barrios EDAD 56 HC 4295325
Habitación: 6402 2028 DIAGNOSTICO: _____

FECHA	HORA	SERVICO ORIGEN	SERVICO DESTINO	PROCEDIMIENTO	REQUIERE ACOMPAÑANTE INSTITUCIONAL		PERSONA QUE ENTREGA	OBSERVACIONES DE QUIEN ENTREGA		PERSONA QUE TRASLADA	PERSONA QUE RECIBE	HORA	OBSERVACIONES DE QUIEN RECIBE	
					SI	NO								
24/06/17	18:51	28100	Radiofonia	Angiotec		x	C. B. C. 16/18834	Manilla Drenajes LEV Oxigeno Bomba de Infusion Tapón salizado Aislamiento Cinturón	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓		J. Barrios	8:00	Manilla Drenajes LEV Oxigeno Bomba de Infusion Tapón salizado Aislamiento Cinturón	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
29/06/17	8:23	Radiofonia	2900	Angio TAC T. O. R.		x	J. Barrios	Manilla Drenajes LEV Oxigeno Bomba de Infusion Tapón salizado Aislamiento Cinturón	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓				Manilla Drenajes LEV Oxigeno Bomba de Infusion Tapón salizado Aislamiento Cinturón	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
								Manilla Drenajes LEV Oxigeno Bomba de Infusion Tapón salizado Aislamiento Cinturón					Manilla Drenajes LEV Oxigeno Bomba de Infusion Tapón salizado Aislamiento Cinturón	
								Manilla Drenajes LEV Oxigeno Bomba de Infusion Tapón salizado Aislamiento Cinturón					Manilla Drenajes LEV Oxigeno Bomba de Infusion Tapón salizado Aislamiento Cinturón	
								Manilla Drenajes LEV Oxigeno Bomba de Infusion Tapón salizado Aislamiento Cinturón					Manilla Drenajes LEV Oxigeno Bomba de Infusion Tapón salizado Aislamiento Cinturón	
								Manilla Drenajes LEV Oxigeno Bomba de Infusion Tapón salizado Aislamiento Cinturón					Manilla Drenajes LEV Oxigeno Bomba de Infusion Tapón salizado Aislamiento Cinturón	



Paciente : GOMEZ GARCIA JOSE ALIRIO
Identificación: CEDULA C. 4245325
Edad : 54 AÑO(S)
Habitación :
Dirección : CALLE 46 2 B 21 CASA
Convenio : COOMEVA MEDICINA PREPAGADA

Fecha Impresión: 2016/03/02
Teléfono : 5750190 3115144088
Sexo : MASCULINO

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA INGRESO AL HOSPITAL

UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ

Yo, ✓ José Alirio Gómez García en pleno uso de mis facultades mentales y por lo tanto en capacidad de expresar mi libre albedrío, doy mi consentimiento para ser atendido en el Hospital Universitario de la Fundación Santa Fe de Bogotá, en adelante EL HOSPITAL. Autorizo a los médicos, odontólogos y demás profesionales de la salud del HOSPITAL, a practicar los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que de acuerdo con el criterio médico se consideren necesarios. Si me tuvieran que realizar una intervención quirúrgica, administrar anestesia, dar sedación moderada o profunda, transfundir productos sanguíneos o sus derivados, realizar procedimientos riesgosos para mi salud o administrar tratamientos que también representen un riesgo, entiendo que tendré que autorizar estos procedimientos o tratamientos mediante un consentimiento informado especial. Si yo presentare una limitación física o mental que me impidiera el diligenciamiento de un consentimiento informado, mi familia o la persona a quien yo delegue podrá autorizarlo. He sido informado que EL HOSPITAL tiene procedimientos establecidos para la disposición final de los especímenes extraídos en cirugía y biopsias, así como los obtenidos para exámenes de laboratorio o patología; estos podrán ser utilizados para propósitos académicos y de investigación.

Entiendo que EL HOSPITAL es de carácter universitario y contribuye a la formación de residentes, subespecialistas y estudiantes de medicina, así como otros profesionales de la salud. De esta forma, con la debida reserva del secreto profesional y con fines académicos y de investigación, autorizo que el personal en entrenamiento conozca la información concerniente a mi caso clínico bajo la supervisión del médico responsable de mi atención y que este personal en entrenamiento pueda hacer parte del equipo médico que me atenderá, dejando claro que el directamente responsable de mi cuidado es el médico tratante. Entiendo que la información que se derive de mi atención, podrá ser utilizada exclusivamente para propósitos de mejoramiento continuo de la calidad y en todo caso, se protegerá la confidencialidad, seguridad y custodia de esta información.

Reconozco que a pesar de que EL HOSPITAL utiliza los más altos estándares de atención, no es posible garantizar en todos los casos un resultado completamente exitoso. Por último autorizo que la información sobre mi estado de salud sea comunicada a: Martha Sandoval Delgado
CC. (424) 24059435

OBSERVACIONES: _____

En constancia se firma.

NOMBRE: ✓ José Alirio Gómez García
DOCUMENTO: 4245325
TELÉFONO: ✓ 3115144088

FECHA

FIRMA: ✓ [Firma]
DIRECCIÓN: Calle 46 # 2B-21
FIRMA: ✓ [Firma]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA 1. INYECCION DE PUNTOS GATILLO MIOFASIALES GUIADOS POR ULTRASONIDO.



1. Por la presente autorizo al Dr. JAIRO MOYANO y a los asistentes de su elección en el HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ, a realizar en mí JOSE ALIRIO GOMEZ GARCIA CON CC 4245325 el procedimiento DE INYECCION DE PUNTOS GATILLO MIOFASIALES CERVICODORSALES GUIADOS POR ULTRASONIDO

2. El Dr. JAIRO MOYANO me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento especial, también me ha informado acerca de las ventajas, complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos, en particular los siguientes: alergias, formación de hematomas superficiales o profundos, infección en la columna, alteración permanente o transitoria en la función motora de los miembros inferiores, incremento del dolor, dolor en el sitio de la punción y dolor de cabeza. Los pacientes hipertensos pueden tener incremento de su presión arterial. Los pacientes diabéticos pueden presentar incremento de sus cifras de azúcar que requieren manejo intrahospitalario.

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 mi intervención.

4. Entiendo que en el curso del procedimiento pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran 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.

CONSENTIMIENTO: SI ☒ NO ☐

Firma del Paciente o Persona Responsable*

C.C. 4245325

Testigo

C.C.

Dirección:

Teléfono:

* Parentesco si firma una persona que no sea el Paciente

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos y alternativas de la Intervención quirúrgica o procedimiento especial citado en el numeral 1, y he contestado todas las preguntas que el paciente o persona responsable me ha formulado

19 de febrero de 2016

JAIRO MOYANO A.M.D.
R.M. 9823
C.C. de doctor y cuidados
C.C. de enfermera
RM 9823

4245325

Nombres completos y apellidos completos del paciente: Jose Alirici Gomez Garcia

No. de identificación: 4245325

Nombre del procedimiento: inyeccion de puntos satel

Lista de chequeo con paciente despierto

Enfermería confirma:		SI	NO	NA
Parte 1: Antes del ingreso del paciente al quirofano o sala de procedimiento				
Verifica con Paciente	Confirma con el paciente y/o tutor, sus nombres completos y apellidos completos y el número de su documento de identificación?	/		
	Cumple con el ayuno requerido?	7:00 /		
	Tiene el paciente alergias conocidas?	No tiene.		/
Enfermera o auxiliar de enfermería	Verifica que está el consentimiento informado de la cirugía o procedimiento adecuadamente diligenciado?	/		
	Confirma que el procedimiento a realizar coincide con el registrado en el consentimiento informado para la cirugía o procedimiento?	/		
	Verifica que en el paciente de Centros de Cuidado Clínico están los siguientes documentos: criterios de inclusión, tabla de mitigación de riesgos, conciliación de medicamentos	/		
	Verifica que esté la evaluación preanestésica y el consentimiento informado de anestesia adecuadamente diligenciado?			/
	Verifica que están disponibles las imágenes diagnósticas requeridas para la cirugía o procedimiento?	/		
	Verifica que el formato de conciliación de medicamentos está diligenciado ?	/		
	Verifica Última dosis de anticoagulante y/o antiagregante plaquetario entre otros	Sobito Susp 29-02-16 /		
Parte 2: En la sala				
Verifica con Anestesiologo	Verifica la necesidad de hemocomponentes?	No tiene /		
	Verifica el funcionamiento correcto del equipamiento de anestesia	/		
Enfermera o auxiliar de enfermería	Si requiere reserva de hemocomponentes, la verifica con el laboratorio clínico y en la historia clínica	/		
	Si tiene reserva de sangre, verifica que está el consentimiento informado de la transfusiónadecuadamente diligenciado	/		
Verifica con Cirujano	Tiene el paciente una Infección Activa?	/		
	Verifica que se haya realizado la marcación del sitio quirúrgico	/		
Verifica con Instrumentadora	Verifica la disponibilidd de los Implantes o material necesario durante el procedimiento	/		
	Verifica la disponibilidad de los equipos necesarios para el procedimiento	/		

Nombre Enfermera / Auxiliar de enfermería/Profesional encargado

Firma

Nombre Enfermera / Auxiliar de enfermería/Profesional encargado

Firma

Listas de chequeo quirúrgico o procedimientos invasivos

lo miofasciales cervicodorsal

Lateralidad: Derecha: ✓

Pausa de seguridad

Se realiza con el paciente anestesiado (general, regional, local o sedación), antes iniciar el procedimiento

Cualquier miembro del equipo confirma:	SI	NO	NA
Equipo Humano en la sala, completo y presente (Cirujano o profesional que realiza el procedimiento, anestesiólogo, instrumentadora y enfermería (auxiliar de enfermera Circulante y/o enfermera) u otro profesional asignado	✓		
Nombres completos y apellidos completos y número de documento de identidad del paciente	✓		
Nombre del procedimiento	✓		
Posición quirúrgica del paciente	✓		
Verifica la marcación del sitio quirúrgico	✓		
Verifica la disponibilidad de los Implantes o material necesario durante el procedimiento	✓		
Verifica que las Imágenes diagnósticas necesarias están disponibles en la sala	✓		
Hora de finalización del antibiótico profiláctico			✓
Hora de realización de la pausa de seguridad (esta hora también queda registrada en el record de anestesia en procedimientos quirúrgicos y en la nota del especialista en los procedimientos invasivos)	✓		
Señale los miembros del Equipo Asistencial presente en la sala en el momento de la pausa de seguridad: Cirujano ó profesional que realiza el procedimiento: ✓ Anestesiologo: _____ Instrumentadora: ✓ Enfermera: ✓ Auxiliar de Enfermería u otro profesional: ✓			
El procedimiento no se inicia hasta que todas las preguntas estén resueltas			

J. Moya

Nombre anestesiólogo o profesional que realiza el procedimiento cuando no hay anestesiólogo

[Signature]

Firma

Fecha 02 - 03 - 16.

Izquierda:

Pausa al cierre de la cavidad o terminación del procedimiento invasivo

Cirujano confirma:	SI	NO	NA
Conteo completo de Instrumental	✓		
Conteo completo de Agujas	✓		
Conteo completo de gasas			✓
Conteo completo de compresas			✓
Conteo completo de otros insumos y/o elementos utilizados	✓		
Muestras de Laboratorio y patología etiquetadas con nombres y apellidos del paciente y solicitadas en historia clínica		✓	
Problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos.		✓	
Hora de realización de la pausa (esta hora también queda registrada en la descripción quirúrgica o en el reporte del procedimiento)	14:40		
El cirujano ó profesional que realiza el procedimiento, el anestesiologo y enfermería o profesional asignado, revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente			

> Mogano

Nombre del profesional que realiza el procedimiento

Shaffer

Firma



Fundación Santa Fe de Bogotá

Nombres completos y apellidos completos del paciente: Jose Alrio Gomez Garcia

No. de identificación: 4245325 Nombre del procedimiento: Inyección de p
Guiados por Ultrasonido

Marcación del sitio quirúrgico, inserción o punción

Fecha y hora: <u>02-Marzo 2016 14:10</u>	Nombre del cirujano: <u>J Mayano</u> Firma: <u>[Signature]</u>
---	---

Lista de Chequeo - Funcionamiento de equipos y medidas de protección del paciente

Nombres y apellidos completos del paciente: <u>Jose Alrio Gomez</u>		No. de sala: <u>10</u>	
No. de identificación: <u>4245325</u>		Fecha: <u>03-02-16</u>	
Cirujano: <u>Dr Mayano</u>		Procedimiento: <u>inyeccion de puntos</u> <u>satillo miofasciales</u>	

Relacionado con equipos				Relacionado con el paciente			
Funcionamiento de luces	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NA	Confirma rasurado correcto de sitio operatorio	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NA
Funcionamiento de electrobisturi	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	Verifica la colocación de la placa de electrobisturi	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Funcionamiento de lampara cielitica	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NA	Verifica la posición del paciente	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NA
Funcionamiento de microscopio	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	Verifica y protege areas de presión	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NA
Funcionamiento de torre de laparoscopia u otro tipo	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	Verifica la colocación de medias y bombas de compresión	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Neumoinflador	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>				
Fuente de luz	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>				
Monitores	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NA				
Equipo de grabación de video	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>				
Funcionamiento de succiones	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NA				
Funcionamiento otros equipos (endoscopia - broncoscopia)	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>				

Observaciones:

Sandra Lozano

S. Lozano

Nombre Auxiliar de Enfermería o profesional asignado

Firma

Antes Gatillo Miofasciales cervicobrales

Lateralidad: Derecha: _____

Pausa de seguridad

Pausa de seguridad 2

Se realiza con el paciente anestesiado (general, regional, local o sedación), antes iniciar el procedimiento

Cualquier miembro del equipo confirma:	SI	NO	NA
Equipo Humano en la sala, completo y presente (Cirujano o profesional que realiza el procedimiento, anestesiólogo, instrumentadora y enfermería (auxiliar de enfermera Circulante y/o enfermera) u otro profesional asignado			
Nombres completos y apellidos completos y número de documento de identidad del paciente			
Nombre del procedimiento			
Posición quirúrgica del paciente			
Verifica la marcación del sitio quirúrgico			
Verifica la disponibilidad de los Implantes o material necesario durante el procedimiento			
Verifica que las Imágenes diagnósticas necesarias están disponibles en la sala			
Hora de finalización del antibiótico profiláctico			
Hora de realización de la pausa de seguridad (esta hora también queda registrada en el record de anestesia en procedimientos quirúrgicos y en la nota del especialista en los procedimientos invasivos)			
Señale los miembros del Equipo Asistencial presente en la sala en el momento de la pausa de seguridad: Cirujano ó profesional que realiza el procedimiento: _____ Anestesiologo: _____ Instrumentadora: _____ Enfermera: _____ Auxiliar de Enfermeria u otro profesional: _____			
El procedimiento no se inicia hasta que todas las preguntas estén resueltas			

Nombre anestesiólogo o profesional que realiza el procedimiento cuando no hay anestesiólogo

Firma

Fecha 02-Marzo 2016

Izquierda:

ad intraoperatoria

Pausa al cierre de la cavidad o terminación del procedimiento invasivo

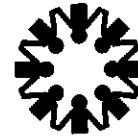
Cirujano confirma:	SI	NO	NA
Conteo completo de Instrumental			
Conteo completo de Agujas			
Conteo completo de gasas			
Conteo completo de compresas			
Conteo completo de otros insumos y/o elementos utilizados			
Muestras de Laboratorio y patologia etiquetadas con nombres y apellidos del paciente y solicitadas en historia clínica			
Problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos.			
Hora de realización de la pausa (esta hora también queda registrada en la descripción quirúrgica o en el reporte del procedimiento)			
El cirujano ó profesional que realiza el procedimiento, el anestesiólogo y enfermería o profesional asignado, revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente			

Nombre del profesional que realiza el procedimiento

Firma



Fundación
Santa Fe de Bogotá



Bogotá, 23 de agosto de 2017

Señora
ENITH KATERINE GOMEZ APARICIO
BOGOTÁ, D.C.

*Solicitud de historia clínica del paciente
JOSE ALIRIO GOMEZ GARCIA (Q.E.P.D.)
Presentada 22/08/2017*

Cordial saludo

En atención al asunto de la referencia y previo cumplimiento de los requisitos establecidos por Corte Constitucional en la Sentencia de Tutela No. 303 de 2008 y por la Superintendencia Nacional de Salud en el concepto No. 8029-1-0464288, la Oficina de Registros Médicos de la Fundación Santa Fe de Bogotá, hace entrega de la historia clínica de la paciente ~~USA~~ JOSE ALIRIO GOMEZ GARCIA, recordándole al petionario que de acuerdo con lo señalado por el máximo tribunal constitucional, "no podrá hacer pública la información ya que el respeto por el derecho a la intimidad familiar de sus parientes exige que esa información se mantenga reservada y alejada del conocimiento general de la sociedad".

Atentamente,


GERMAN NERY OSORIO RONDON
Jefe Departamento de Registros Médicos

Anexo: HC COMPLETA EN CD 4.245.325

IVAN E.

KATERINE GOMEZ APARICIO
CC. 103053493 BTA

SEÑORES:

CLINICA SANTA FE

BOGOTA, AGOSTO 22 DE 2017

Por medio de la presente yo **ENITH KATERINE GOMEZ APARICIO** identificada con cedula de ciudadanía **1030534493** de Bogotá me dirijo a ustedes para solicitar me sean entregados los exámenes de laboratorio, la epicrisis y la historia clínica de mi padre el señor **JOSE ALIRIO GOMEZ GARCIA** identificado con la cedula de ciudadanía **4245325** de Sativa Norte Boyacá quien falleció el día 22 de julio del presente año.

Esta petición la hago porque deseo saber cuál fue el motivo real del deceso de mi padre ya que aún no me es muy claro y para realizar trámites de cancelaciones de créditos bancarios

De ante mano agradezco la atención prestada y estaré atenta a su pronta respuesta.

Atentamente

KATERINE GOMEZ

ENITH KATERINE GOMEZ APARICIO

CC: 1030534493 BOGOTA

CELULAR: 3202770112

FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA
CANCELADO ARCHIVO MEDICO
NIT 850.037.950-2

M Euntos
22 AGO 2017
He in CD.
complete.
24-08-2017
3:45 pm.

1 CD.
4.500

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

4245325

NUMERO

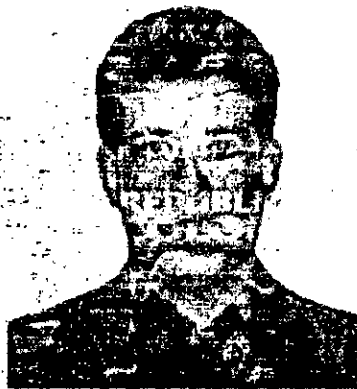
GOMEZ GARCIA

APELLIDOS

JOSE ALIRIO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-MAR-1961

SATIVANORTE
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

27-ENE-1981 SATIVANORTE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



4-1600121-42000734-M-0004245325-20020411

C2650 02101A 01 113971974

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.030.534.493

GOMEZ APARICIO

APELLIDOS

ENITH KATERINE

NOMBRES

ENITH KATERINE GÓMEZ

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-FEB-1987
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

O+

F

ESTATURA

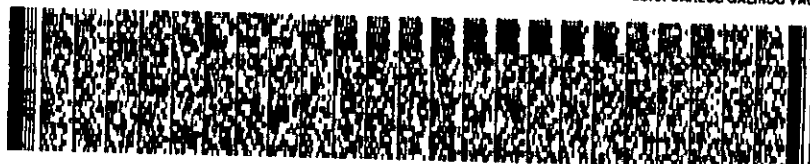
G.S. RH

SEXO

01-MAR-2005 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-00872401-F-1030534493-20161220

0052701144A 1

9998152417

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo
Serial

09425336

Datos de la oficina de registro																					
Clase de oficina:		Registraduría		Notaría		21		Consulado		Corregimiento		Insp. de Policía		Código		A E D					
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía																					
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ D.C.																					
Datos del inscrito																					
Apellidos y nombres completos																					
GOMEZ GARCIA JOSE ALIRIO																					
Documento de identificación (Clase y número)										Sexo (en letras)											
C.C. 4245325 de SATIVANORTE										Masculino											
Datos de la defunción																					
Lugar de la defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía																					
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ D.C.																					
Fecha de la defunción										Hora		Número de certificado de defunción									
Año		2017		Mes		JUL		Día		22		13:46		71646957-9							
Presunción de muerte																					
Juzgado que profiere la sentencia										Fecha de la sentencia											
X.X.X.X.X.X.X										Año		X X X X		Mes		X X X		Día		X X	
Documento presentado										Nombre y cargo del funcionario											
Autorización Judicial		<input type="checkbox"/>		Certificado Médico		<input checked="" type="checkbox"/>		MARTHA LILIANA ROMERO PRIETO													
Datos del denunciante																					
Apellidos y nombres completos																					
AYALA GODOY GUILLERMO																					
Documento de identificación (Clase y número)										Firma											
C.C. 79342023 de BOGOTÁ																					
Primer testigo																					
Apellidos y nombres completos																					
Documento de identificación (Clase y número)										Firma											
Segundo testigo																					
Apellidos y nombres completos																					
Documento de identificación (Clase y número)										Firma											
Fecha de inscripción										Nombre y firma del funcionario que autoriza											
Año		2017		Mes		JUL		Día		24		 ADRIANA CUELLAR ARANGO M. 21									
ESPACIO PARA NOTAS																					
08 AGU 2017																					

LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN
LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA, SE EXPIDE A SOLICITUD DEL
INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, DE CONFORMIDAD CON
LO ESTABLECIDO CON EL ARTICULO 115, DECRETO 1260 DE 1970. ESTA
COPIA NO CADUCA

MAURICIO AVELLA OSORIO
NOTARIO VEINTIUNO/ENCARGADO DE BOGOTÁ
Resolucion No 8966 del 03 de agosto 2017

REPUBLICA DE COLOMBIA
403 REGISTRO CIVIL
Superintendencia de Notariado y Registro
REGISTRO DE NACIMIENTO
12272337

IDENTIFICACION
187.02.22 31532

OFICINA REGISTRO CIVIL Clase (Notaria, Alcaldía, Corregimiento, etc.) ALCALDIA MENOR DE BOGA D.E. -- -- -- -- BOGOTA D.E. -- -- -- -- 1035

INSCRITO	6 Primer apellido GOMEZ -- -- -- --	7 Segundo apellido ALARCIO -- -- -- --	8 Nombres ENITH KATHERINE -- -- -- --
SEXO	9 Masculino o Femenino FEMENINO -- -- -- --	10 Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/>	11 Fecha de NACIMIENTO 22 FEBRERO -- -- -- -- 1.987
LUGAR DE NACIMIENTO	14 País COLOMBIA -- -- -- --	15 Departamento, Dist. o Com. CUNDINAMARCA -- -- -- --	16 Municipio BOGOTA D.E. -- -- -- --

DATOS DEL NACIMIENTO	12 Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, contemporáneo, etc., donde ocurrió el nacimiento CASA HABITACION BARRIO CARLOS ALBAN -- -- -- --	13 Hora 12:40pm
MADRE	18 Apellidos (en orden) ALARCIO GARCIA -- -- -- --	19 Nombres GILMA -- -- -- --
PADRE	20 Apellidos GOMEZ GARCIA -- -- -- --	21 Nombres JOSE ALBERTO -- -- -- --

DENUNCIANTE	34 Identificación (Clase y número) C.C.Nº 4.245.325 SATIVAMORTE (BOI) -- -- -- --	35 Firma del denunciante JOSE ALBERTO GOMEZ GARCIA -- -- -- --
TESTIGO	36 Dirección postal y municipio BARRIO CARLOS ALBAN -- -- -- --	37 Nombre JOSE ALBERTO GOMEZ GARCIA -- -- -- --
TESTIGO	42 Identificación (Clase y número) -- -- -- --	43 Firma del testigo -- -- -- --
FECHA DE INSCRIPCION	46 Día 02 47 Mes SEPTIEMBRE -- -- -- -- 48 Año 1.987	49 Firma del registrador -- -- -- --



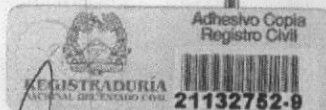
ESTE REGISTRO ES FIEL FOTOCOPIA DEL ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA. SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO, ARTICULO 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970. VIGENCIA PERMANENTE ARTICULO 2 DECRETO 2189 DE 1983. SE OMITE SELLO ARTICULO 11 DECRETO 2150 DE 1995.

A SOLICITUD DE: Enith Gomez C.C. No. 1030534493

09 AGO. 2017

Expedido en Bogotá D.C., Bosa (Transversal 78 J # 69C-21 sur Piamonte)

MARIA VICTORIA GAONA ARIZA
REGISTRADORA AUXILIAR DEL ESTADO CIVIL





Bogotá, 11 de octubre de 2017

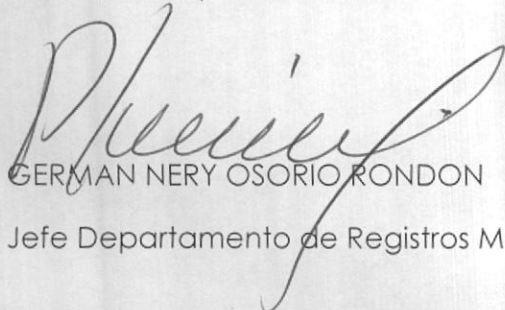
Señores
ATD LTDA
BOGOTÁ D.C.

Solicitud de historia clínica del paciente
GOMEZ GARCIA JOSE ALIRIO (Q.E.P.D)
Presentada el día 09/10/2017

Cordial saludo

En atención al asunto de la referencia y previo cumplimiento de los requisitos establecidos por Corte Constitucional en la Sentencia de Tutela No. 303 de 2008 y por la Superintendencia Nacional de Salud en el concepto No. 8029-1-0464288, la Oficina de Registros Médicos de la Fundación Santa Fe de Bogotá, hace entrega de la historia clínica del paciente **GOMEZ GARCIA JOSE ALIRIO (Q.E.P.D)** recordándole al peticionario que de acuerdo con lo señalado por el máximo tribunal constitucional, "no podrá hacer pública la información ya que el respeto por el derecho a la intimidad familiar de sus parientes exige que esa información se mantenga reservada y alejada del conocimiento general de la sociedad".¹

Atentamente,

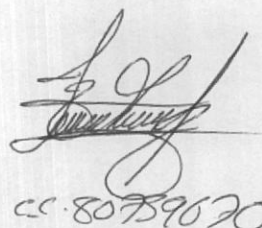


GERMAN NERY OSORIO RONDON

Jefe Departamento de Registros Médicos

Anexo: Historia en CD (1) CC **4.245.325**

Sandra.A



CC-80739620



ATD LTDA

ASESORES & CONSULTORES

NIT. 830.138.670-1

Bogotá D.C., 05 de Octubre de 2017

Señores

FUNDACION SANTA FE

Archivo y/o estadística

Ciudad

ASUNTO:

SOLICITUD

HISTORIA CLINICA

REFERENCIA:

ASEGURADO

JOSE ALIRIO GOMEZ GARCIA

CASO No.

040105099

Respetados señores:

Como Asesores externos de **SEGUROS BOLIVAR**, muy comedidamente nos dirigimos a ustedes con el fin de solicitar copia de la historia clínica de todos los ingresos que haya tenido el paciente en la institución correspondiente al señor(a) **JOSE ALIRIO GOMEZ GARCIA** identificado(a) con cedula de ciudadanía **4.245.325** quien es atendido(a) por ustedes.

Como soporte de la presente petición anexamos fotocopia de la autorización en vida suministrada por el paciente referido, (solicitud de seguro), de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 34 de la ley 23 de 1981 y en el artículo 13 literal C de la ley 1581 de 2012, para obtener todas y cada una de las Historias Médicas.

Agradezco de antemano la valiosa y oportuna colaboración prestada, puesto que dicha información se hace necesaria con carácter **URGENTE**, para finiquitar un proceso de indemnización.

Cordialmente,

JACK KEN LESMES RODRIGUEZ

Analista Externo de Siniestros

FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA
CANCELADO ARCHIVO MEDICO
NIT. 860.037.950-2



JCD.
B 4500

Carrera 7 # 17- 01 Oficina 930. Tel.: 2828512 - 3134512429

e-mail: atdinvestigaciones@yahoo.es , Bogotá D. C.

He en CD
completado
11-10-2017
4:00 pm

SEGUROS BOLÍVAR



Bogotá, 06 de Octubre de 2017

Señores

ATD LTDA.

Atn. Sra. Idaly Perdomo

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GR-50000
		ASEGURADO	:	JOSE ALIRIO GOMEZ
		CEDULA	:	4.245.325
		RECLAMO	:	3521/243 Y 3520/195
		CONSECUTIVO	:	6742225 Y 6741953

Apreciados señores:

Solicitamos a ustedes realizar:

<input type="checkbox"/>	INVESTIGACION COMPLETA
<input checked="" type="checkbox"/>	CONSECUCIÓN HISTORIA
<input type="checkbox"/>	ANTECEDENTES PENALES
<input type="checkbox"/>	VERIFICACIÓN CALIFICACIÓN

Para efecto adjuntamos:

<input checked="" type="checkbox"/>	FOTOCOPIA DE LA POLIZA
<input checked="" type="checkbox"/>	REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION
<input type="checkbox"/>	FORMULARIO DECLARACIÓN DEL MÉDICO
<input checked="" type="checkbox"/>	OTROS

OBSERVACIONES:

EL PLAZO MAXIMO DE ENTREGA DEL INFORME SOLICITADO ES EL DIA 17 DE OCTUBRE DE 2017

Agradecemos su colaboración.

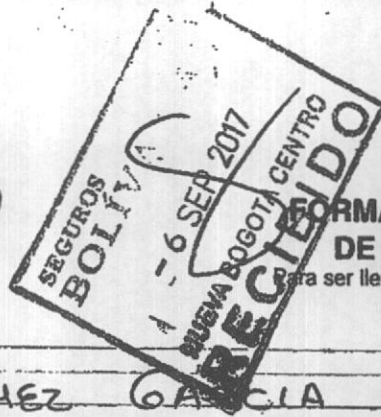
ELIZABETH SERRATO

COMPañIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

Departamento Nacional de Indemnizaciones de Vida

Recibido
Oct. 6/17

SEGUROS
BOLÍVAR



FORMATO ÚNICO PARA RECLAMACIONES
DE SEGUROS DE VIDA Y SUS ANEXOS

Para ser llenado por el Asegurado o Beneficiario (a mano y con tinta)

1. Datos Generales

Nombre completo del Asegurado

JOSE ALIRIO GOMEZ GARCIA

Cédula

4245325

Edad

56 años

Dirección actual

Cl. 46 # 2B-2N

Ciudad

Quintanarés

Teléfono

9022417

Ocupación habitual

COMERCiante

En caso de fallecimiento, edad al morir

56 años

Amparo por el que desea reclamar

Vida ☒ Rentas ☐ Incapacidad total y permanente ☐ Enfermedades Graves ☐ Accidentes Personales ☐ Gastos Médicos ☐

2. Detalles del accidente, enfermedad o fallecimiento

ES INDISPENSABLE ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

Causa Muerte Natural

Lugar Bogotá

Fecha 22 Julio 2017

☐ Accidente ☒ Enfermedad ☐ Homicidio ☐ Suicidio

DD ME AÑO

Dé un informe detallado de los hechos: fallece después de hacerse una intervención de cirugía por fibrilación auricular con aislamiento de Venas pulmonares.

3. Si es enfermedad: ¿en qué fecha se iniciaron los síntomas? En qué fecha consultó por primera vez a un médico en relación con su enfermedad?

Diciembre del 2015

29/12/15

4. Fecha de diagnóstico por un médico

18

01

2016

5. Tiempo de evolución de esta enfermedad

Año y medio

6. Otros antecedentes del asegurado

Presentaba cifras de Presión arterial elevadas. Se le practicaron resonancias Magnéticas columna.

Tiempo de evolución:

3 años

7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? Si ☐ No ☒

Si su respuesta es afirmativa, indique cual

8. Indique el nombre de su E.P.S.

FAMISANAR

Es afiliado ☒

Beneficiario ☐

9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente

10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual

¿Desde hace cuánto tiempo?

11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente:

Nombre

Dr. Oscar Rojas

Especialidad

MEDICINA INTERNA

Dirección

Convenio Coomeva

Ciudad

Bogotá

Teléfono

3174321594

Nombre

Dr. Alejandro Olaya Sanchez

Especialidad

CARDIOLOGO

Dirección

Cl. 119 No 7-75 Hospital Universitario FUNDACION SANTA FE DE BOGOTÁ.

Ciudad

BOGOTÁ

Teléfono

6030303

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario

FUNDACION SANTA FE DE BOGOTÁ

Fecha de Ingreso

27/06/2017

Fecha de Salida

30/06/2017

Dirección

Cl. 119 No 7-75

Ciudad

BOGOTÁ

Teléfono

6030303

2. Nombre del Centro Hospitalario

FUNDACION SANTA FE DE BOGOTÁ

Fecha de Ingreso

27/07/2017

Fecha de Salida

22/07/2017

Dirección

Cl. 119 No 7-75

Ciudad

BOGOTÁ

Teléfono

6030303

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Nit. 860.002.503-2 • Avenida el Dorado No. 68B-31, piso 10

Conmutador 341 0077 • Fax 283 0799 • A.A. 4421

Bogotá D.C., Colombia • www.segurosbolivar.com

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Forma B-117 (Rev. Feb. 16)

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo
Serial

09425336

* 0 9 4 2 5 3 3 6 *

Datos de la oficina de registro										
Clase de oficina:	Registraduría	Notaría	21	Consulado	Corregimiento	Insp. de Policía	Código	A	B	D
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía										
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ D.C.										

Datos del inscrito	
Apellidos y nombres completos	
GOMEZ GARCIA JOSE ALIRIO	
Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en letras)
C.C. 4245325 de SATIVANORTE	Masculino

Datos de la defunción		
Lugar de la defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía		
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ D.C.		
Fecha de la defunción	Hora	Número de certificado de defunción
Año 2017 Mes JUL Día 22 13:46		71646957-9
Presunción de muerte		
Juzgado que proliere la sentencia	Fecha de la sentencia	
X.X.X.X.X.X.X	Año X X X X Mes X X X Día X X	
Documento presentado	Nombre y cargo del funcionario	
Autorización Judicial <input type="checkbox"/> Certificado Médico <input checked="" type="checkbox"/>	MARTHA LILIANA ROMERO PRIETO	

Datos del denunciante	
Apellidos y nombres completos	
AYALA GODOY GUILLERMO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 79342023 de BOGOTÁ	

Primer testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	
Firma	

Segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	
Firma	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2017 Mes JUL Día 24	ADRIANA CUELLAR ARANGO N. 21

ESPACIO PARA NOTAS

LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARÍA. SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 115, DECRETO 1260 DE 1970. ESTA COPIA NO CUBRE

ADRIANA CUELLAR ARANGO
NOTARÍA VEINTIUNA DE BOGOTÁ

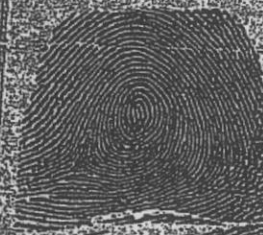

01 SEP 2017



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Michael Montoya

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEBULA DE CIUDADANIA
 NUMERO **4245325**
 APELLIDOS **GOMEZ GARCIA**
 NOMBRES **JOSE ALIRIO**
 FIRMA 



 FECHA DE NACIMIENTO **25-MAR-1961**
SATIVANORTE
 (BOYACA)
 LUGAR DE NACIMIENTO
1.67
 ESTATURA **A+** **M**
 G.S. RH SEXO
27-ENE-1981 SATIVANORTE
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
 REGISTRADOR NACIONAL
 FIAN DUQUE ESCOBAR
 INDICE DERECHO

 A-1590121-42098784-M-0004245325-2002041 02650021037-01-113971874



4948183

DAVIVIENDA

**SOLICITUD - CERTIFICADO INDIVIDUAL
DE SEGUROS DE VIDA GRUPO**

No. solicitud / certificado

2103864

No. Póliza

▶ Davivienda

▶ Evento Libranza

GR-50000

GR-144751

Tomador BANCO DAVIVIENDA S.A.	Producto 721	Localidad 77694	Código funcionario 1023885932	Código oficina venta 4568	Diferido No. de cuotas para tarjeta de crédito 12
Periodicidad pago <input checked="" type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral	Tipo de cuenta <input checked="" type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de crédito	No. cuenta o tarjeta de crédito 36073265107164	Fecha de vencimiento T.C. 11 2018		Póliza Semestral: Máximo 6 meses Póliza Anual: Máximo 12 meses

Nombre del asegurado principal Jose Alirio Gomez Garcia		Fecha de nacimiento 1961/03/25	Tipo de documento K.C.C. ▶ C.E. ▶ T.I.	No. Documento de identidad 4245325
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Ocupación Independiente	Nombre EPS famisanar	Nombre medicina prepagada	Teléfono oficina 3115144088
Teléfono residencia 5754792	Ciudad Soacha	Departamento Cundinamarca	Dirección Cll S # 5f 09	

Nombre del cónyuge (segundo asegurado)		Fecha de nacimiento	Tipo de documento CC. - C.E. - T.I.	No. Documento de identidad
Sexo <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	Ocupación	Teléfono oficina		

Certificamos

- Que el tomador tiene contratada con la Compañía de Seguros Bolívar S.A., la póliza de seguro anotada arriba.
- Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A., aceptará la inclusión en ella de la(s) persona(s) a quien(s) como asegurado(s) se expide este certificado, siempre que su diligenciamiento sea el correcto y no se origine devolución del documento y se haya pagado la primera prima. La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva el derecho de aceptación individual de cada solicitante para lo cual tendrá un plazo según lo establecido en la cláusula quinta de las condiciones generales de la póliza, de quince (15) días a partir de la fecha de recibo de este documento, para notificar al Tomador la no aceptación en el (los) seguro(s) o del (los) solicitante(s) a cuyo nombre se expide la presente Solicitud-Certificado.

> Valor asegurado tanto para el principal como para el cónyuge

Amparos	Opción 66	Opción 67	Opción 68	Opción 69	Opción 70	Opción 71 Solo oficinas rurales
Vida	\$90.000.000	\$75.000.000	\$60.000.000	\$45.000.000	\$30.000.000	\$15.000.000
Indemnización adicional por muerte accidental con beneficios por desmembración	\$90.000.000	\$75.000.000	\$60.000.000	\$45.000.000	\$30.000.000	\$15.000.000
Incapacidad Total y Permanente	\$90.000.000	\$75.000.000	\$60.000.000	\$45.000.000	\$30.000.000	\$15.000.000

De común acuerdo entre las partes queda establecida la vigencia del presente contrato así: Fecha de expedición y vigencia desde **2015.02.20** a las 4:00 p.m.
Vigencia hasta **2016.02.20** a las 4:00 p.m.

> Beneficiarios asegurado principal

Nombre del beneficiario	Parentesco	Calidad	%
Eduar Andres Sandoval Gomez	nieto		20
Martha Sandoval Delgado	Esposa		20
German David Gomez Sandoval	hijo	Libre	20
Sergio Eduardo Gomez Sandoval	hijo		20
Enith Katherine Gomez Aparicio	hija	Libre	20

> Beneficiarios cónyuge (segundo asegurado)

Nombre del beneficiario	Parentesco	Calidad	%
		Libre	
		Libre	

Amparos	Asegurado	Edad	Prima (\$)
Vida, muerte accidental y beneficios por desmembración, incapacidad total y permanente.	Asegurado principal	53	634.200
	Cónyuge (segundo asegurado)		
			Prima total (\$) 634.200

Autorización de descuento:

Como asegurado de la póliza de grupo por el valor del seguro anotado en la presente Solicitud - Certificado: Autorizo al Tomador para que de acuerdo con mi edad y según la periodicidad de pago señalada en esta solicitud, haga el cargo a mi cuenta de ahorro, cuenta corriente o tarjeta de crédito citada, según la tabla de primas. Para tal fin, me obligo a mantener disponibles, en dicha cuenta, los fondos suficientes para cubrir el importe de la prima.

Importante: La declaración de asegurabilidad forma parte integral del contrato de seguro. La presente Solicitud - Certificado no tendrá validez alguna hasta tanto la declaración de asegurabilidad del asegurado principal y su cónyuge, si se asegura, haya sido suscrita en forma completa y veraz para evitar sanciones de nulidad.

En mi calidad de Asegurado principal en nombre propio y en representación de mi cónyuge, con quien actualmente convivo, si se asegura, declaro que:

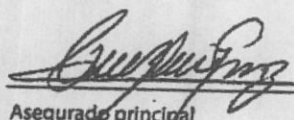
1. No hemos sufrido ni sufrimos actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B; enfermedad crónica del hígado y/o riñón, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, várices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas o trasplantes.
2. No hemos sido sometidos ni se nos han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencia directamente relacionadas con ellas, en forma causal o consecuencial.
3. En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre nuestro estado de salud.
4. No tenemos limitación física ni mental alguna.
5. Tanto nuestras actividades y ocupaciones como nuestro trabajo han sido y son lícitas las hemos ejercido y ejercemos dentro de los marcos legales. No hemos sido sindicados ni condenados por la justicia penal.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo el conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro. De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a nuestra historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir, reportar, procesar, solicitar, suministrar o divulgar a cualquier entidad legalmente autorizada para manejar o administrar base de datos, con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas de Sociedades Bolívar S.A. toda nuestra información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales, con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aún después de nuestro fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los Artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.

Importante:

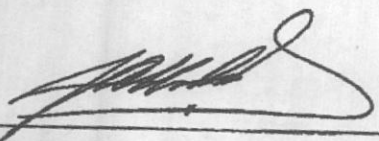
- No firme si antes leer y entender el contenido del presente documento.
- Si usted falta a la verdad al suscribir la presente Declaración, el contrato de seguro será nulo. (Artículos 1058 y 1158 del Código del Comercio).
- No firme sin antes recibir el clausulado.

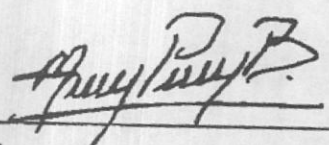
Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información: usted puede acceder al seguro mediante otros procedimientos. Comuníquese con nuestra RED 322 al 01-8000-123-322, desde teléfonos móviles #322 o con su asesor de seguros.


Asegurado principal
C.C. No. 4245325

Cónyuge
C.C. No.

NOTA: si el cónyuge no se encuentra presente, el asegurado principal puede firmar por poder en su representación.


Representante legal
Compañía de Seguros Bolívar S.A.


Tomador
Representante Legal
Banco Davivienda S.A.



Huella índice derecho
del asegurado principal

SEGUROS
BOLÍVAR



APORTANDO ESTA INFORMACIÓN,
USTED Y NOSOTROS CUMPLIMOS CON EL PAÍS.

FORMULARIO DE USO EXCLUSIVO PARA EL CONOCIMIENTO DE BENEFICIARIOS

Beneficiario ☒ Apoderado ☐ Tutor ☐ Curador ☐

Fecha de diligenciamiento

06 / 09 / 2017

1. Persona Natural

Tipo de documento

C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ P.P. ☐ R.C. ☐ Otro ☐

No. de documento

24059435

Fecha de nacimiento

26 / 11 / 1964

Lugar de nacimiento

Tasco (Boyacá)

Primer nombre

MARTHA

Segundo nombre

Primer apellido

SANDOVAL

Segundo apellido

DELGADO

Nacionalidad

COLOMBIANA

Estado civil

viuda

Sexo

F X M O

Dirección de residencia

cl 46 No 2a-05

Ciudad de residencia

Quintanarés Soacha.

Teléfono residencia

5754792

Celular

3132938928

Ocupación / Oficio

INDEPENDIENTE

Dependiente

Asalariado ☐ Estudiante ☐ Pensionado ☐ Ama de casa ☐

Independiente (Descripción actividad económica)

Supermercado
Venta de Viveres

2. Persona Jurídica

Nombre o razón social

NIT

Correo electrónico de la empresa

Dirección oficina principal

Ciudad oficina Ppal.

Teléfono oficina Ppal.

Tipo de empresa

Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐

Código CIU

Descripción CIU

Nombre completo Representante Legal

Tipo de documento Representante Legal

C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ P.P. ☐ Otro ☐

No. de documento

Fecha de nacimiento

Lugar de nacimiento

Dirección

Ciudad

Teléfono

3. Información sobre Reclamaciones de Seguros (Personas Naturales y Jurídicas)

¿Usted ha presentado reclamaciones o ha recibido indemnizaciones sobre seguros respecto de otra Compañía Aseguradora en los últimos dos (2) años? SI ☐ NO ☒
Si su respuesta a la anterior pregunta fue afirmativa, por favor diligencie la información que se presenta a continuación, de lo contrario deje el campo en blanco.

Año	Ramo	Compañía	Valor	Indemnización	Reclamación

Por favor indique si el Tomador, Asegurado y Beneficiario son la misma persona SI ☐ NO ☒
continúe cual es la relación existente entre ellos: Familiar ☒ Comercial ☐ Laboral ☐ Otra: ¿Cuál?

4. Autorización para pago por transferencia

Primera vez ☒

Modificación ☐

Nota: La cuenta debe ser individual y pertenecer al beneficiario del pago, sea persona natural o jurídica

Autorizo Irrevocablemente a que todo pago que se presente a mi favor (o de la sociedad a la que represento), se haga en la cuenta bancaria aquí registrada.

Tipo de cuenta

Ahorros ☒ Corriente ☐

Número de cuenta

007500931352

Nombre Entidad Financiera

Davienvia

Adjunto certificado de Cámara de Comercio y Certificación Bancaria (persona jurídica)

Yo, MARTHA SANDOVAL DELGADO identificad(a) con CC. No. 24059435 de Salvatore, ante COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., Y SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A., ubicadas en la Avenida el Dorado No. 688-31 Piso 10, Bogotá D.C. con dirección electrónica: www.segurosbolivar.com y línea de atención: 018000 123 322; denominadas en adelante "LAS COMPAÑIAS", manifiesto que:

- (1). **DECLARACIÓN DE VERACIDAD:** La información por mí suministrada es exacta, completa y verídica. Su falsedad, omisión o error, tendrá las consecuencias previstas en la ley.
- (2). **AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA, REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA** (LEY 1266 DE 2008): Autorizo a LAS COMPAÑIAS para que consulten mi comportamiento comercial, crediticio, financiero, y de servicios en los Operadores de Información o ante cualquier otra persona o entidad que maneje o administre bases de datos de manera legítima, con el fin de que éstas puedan conocer hechos que podrían dar lugar a omisiones y/o inexactitudes en la información por mí suministrada para el trámite de la reclamación del pago del valor asegurado.
- (3). **AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES** (LEY 1581 DE 2012): Autorizo a LAS COMPAÑIAS para que traten los datos que he incluido en el presente formulario, incluidos los recolectados bajo mi consentimiento a través de cualquier persona, institución o autoridad, y aquellos que suministre a través de los canales de atención físicos, telefónicos y virtuales puestos a mi disposición para el trámite de consultas y reclamos, para las siguientes finalidades: 3.1 Tramitar la reclamación del pago del valor asegurado, enviar información relevante para el trámite del reclamo y realizar el pago por transferencia. 3.2 Conocer hechos o actuaciones que podrían dar lugar a omisiones o inexactitudes en la información suministrada para el trámite de la reclamación del pago del valor asegurado. 3.3 Realizar contactos tendientes a la realización de investigaciones de mercados, y para la medición del nivel de satisfacción respecto de LAS COMPAÑIAS. 3.4 Informar acerca de los productos y servicios ofrecidos por LAS COMPAÑIAS. Todo ello a través del envío de mensajes cortos de texto (SMS), mensajes de multimedia (MMS), correo electrónico, teléfono celular, teléfono fijo, fax, correo físico y redes sociales o medios similares.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI ☒ NO ☐
Si Usted tiene alguna observación o no autoriza alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor indíquelo en este espacio:

(4). **GRUPO BOLIVAR:** Conozco que LAS COMPAÑIAS hacen parte del Grupo Bolívar, que tiene como matriz a Grupo Bolívar S.A. y cuyo listado está disponible en la página web www.grupobolivar.com, opción "Nuestras Compañías". En consecuencia, autorizo para que me sean ofrecidos servicios y productos de las empresas del Grupo Bolívar y actividades de las Fundaciones que han adherido a sus principios, que puedan complementar mi portafolio de servicios financieros, de seguros, asistencia, inmobiliario, hotelero y editorial.

(5). **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN Y CANALES DE ATENCIÓN:** Como Titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información personal que haya suministrado, esto último siempre y cuando no exista un deber legal y/o contractual. Los canales a través de los cuales puede ejercerlos son: Correo físico: Avenida El Dorado No. 688-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá D.C.; Contacto telefónico: La línea #322 para llamadas desde celular, la línea 018000123322 para llamadas desde fuera de Bogotá D.C. y la línea 3122122 para llamadas desde Bogotá D.C. Correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com.

Entiendo y acepto que el presente formulario incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para poder formalizar la vinculación con LAS COMPAÑIAS. Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente firmo las presentes DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES el día 6 de Septiembre del año 2017.

Si se actúa en representación de otra persona: Actúo en representación de Sergio Eduardo Gómez Sandoval con documento de identidad No. 1010015616

Marta Sandoval
Firma Beneficiario, Representante Legal, Apoderado*, Tutor* ó Curador*



Si firma el presente formato como Apoderado, Tutor o Curador, por favor relacione a continuación la información de la(s) persona(s) beneficiario(s) a la(s) que representa:

Tipo de documento	Número de documento	Nombres y Apellidos
TI	1010015616	SERGIO EDUARDO GOMEZ SANDOVAL

USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑIA

Nombre del responsable del recibo y revisión del formulario

Cargo

Ciudad o localidad de recibo del formulario

Ramo o producto

No. póliza afectada

No. de identificación

Fecha de revisión

No. Reclamo

Jose Valverde

Analista

8210

1081 984 881

14 09 17

[Firma]
Firma responsable del recibo y revisión del formulario

SEGUROS
BOLÍVAR



APORTANDO ESTA INFORMACIÓN,
USTED Y NOSOTROS CUMPLIMOS CON EL PAÍS.

FORMULARIO DE USO EXCLUSIVO PARA EL CONOCIMIENTO DE BENEFICIARIOS

Beneficiario ☒ Apoderado ☐ Tutor ☐ Curador ☐

Fecha de diligenciamiento

1. Persona Natural

06 | 09 | 2017

Tipo de documento		No. de documento		Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento	
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> P.P. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		1030534493		22 02 1987		BOGOTÁ	
Primer nombre		Segundo nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
ENITH		KATERINE		GOMEZ		APARICIO	
Nacionalidad		Estado civil		Sexo		Dirección de residencia	
COLOMBIANA		SOLTERA		F. <input checked="" type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/>		CL 46 N° 2a-05	
Teléfono residencia		Celular		Correo electrónico		Ciudad de residencia	
9022417		3202770112		enith022229@gmail.com		QUINTANARES SOACHA	
Ocupación / Oficio		Dependiente		Independiente		(Descripción actividad económica)	
INDEPENDIENTE		Asalariado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/>		SUPERMERCADO		VENTA DE VINERES	

2. Persona Jurídica

Nombre o razón social		NIT		Correo electrónico de la empresa	
Dirección oficina principal		Ciudad oficina Ppal.		Teléfono oficina Ppal.	
Tipo de empresa		Código CIU		Descripción CIU	
Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>					
Tipo de documento Representante Legal		No. de documento		Fecha de nacimiento	
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> P.P. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
Dirección		Ciudad		Teléfono	

3. Información sobre Reclamaciones de Seguros (Personas Naturales y Jurídicas)

¿Usted ha presentado reclamaciones o ha recibido indemnizaciones sobre seguros respecto de otra Compañía Aseguradora en los últimos dos (2) años? SI ☐ NO ☒
Si su respuesta a la anterior pregunta fue afirmativa, por favor diligencie la información que se presenta a continuación, de lo contrario deje el campo en blanco.

Año	Ramo	Compañía	Valor	Indemnización	Reclamación

Por favor indique si el Tomador, Asegurado y Beneficiario son la misma persona SI ☐ NO ☐ Si su respuesta a la anterior pregunta es NO, por favor indique a continuación cual es la relación existente entre ellos: Familiar ☒ Comercial ☐ Laboral ☐ Otra: ¿Cuál?

4. Autorización para pago por transferencia

Primera vez ☒ Modificación ☐ Nota: La cuenta debe ser individual y pertenecer al beneficiario del pago, sea persona natural o jurídica

Autorizo irrevocablemente a que todo pago que se presente a mi favor (o de la sociedad a la que represento), se haga en la cuenta bancaria aquí registrada.

Tipo de cuenta	Número de cuenta	Nombre Entidad Financiera
Ahorros <input checked="" type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	24065594281	BANCO CASA SOCIAL

Adjunto certificado de Cámara de Comercio y Certificación Bancaria (persona jurídica)

5. Declaraciones y Autorizaciones del Beneficiario

Yo, ENITH KATERINE GOMEZ A., identificado(a) con CC. No. 1030534493 de BOGOTA, ante **COMPANIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., Y SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A.**, ubicadas en la Avenida el Dorado No. 68B-31 Piso 10, Bogotá D.C. con dirección electrónica: www.segurosbolivar.com y línea de atención: 018000 123 322; denominadas en adelante "LAS COMPANIAS", manifiesto que:

(1). **DECLARACIÓN DE VERACIDAD:** La información por mí suministrada es exacta, completa y verídica. Su falsedad, omisión o error, tendrá las consecuencias previstas en la ley.

(2). **AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA, REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA** (LEY 1266 DE 2008): Autorizo a LAS COMPANIAS para que consulten mi comportamiento comercial, crediticio, financiero, y de servicios en los Operadores de Información o ante cualquier otra persona o entidad que maneje o administre bases de datos de manera legítima, con el fin de que éstas puedan conocer hechos que podrían dar lugar a omisiones y/o inexactitudes en la información por mí suministrada para el trámite de la reclamación del pago del valor asegurado.

(3). **AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES** (LEY 1581 DE 2012): Autorizo a LAS COMPANIAS para que traten los datos que he incluido en el presente formulario, incluidos los recolectados bajo mi consentimiento a través de cualquier persona, institución o autoridad, y aquellos que suministre a través de los canales de atención físicos, telefónicos y virtuales puestos a mi disposición para el trámite de consultas y reclamos, para las siguientes finalidades: 3.1 Tramitar la reclamación del pago del valor asegurado, enviar información relevante para el trámite del reclamo y realizar el pago por transferencia. 3.2 Conocer hechos o actuaciones que podrían dar lugar a omisiones o inexactitudes en la información suministrada para el trámite de la reclamación del pago del valor asegurado. 3.3 Realizar contactos tendientes a la realización de investigaciones de mercados, y para la medición del nivel de satisfacción respecto de LAS COMPANIAS. 3.4 Informar acerca de los productos y servicios ofrecidos por LAS COMPANIAS. Todo ello a través del envío de mensajes cortos de texto (SMS), mensajes de multimedia (MMS), correo electrónico, teléfono celular, teléfono fijo, fax, correo físico y redes sociales o medios similares.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI ☒ NO ☐

Si Usted tiene alguna observación o no autoriza alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor indíquelo en este espacio:

Ninguna
(4). **GRUPO BOLIVAR:** Conozco que LAS COMPANIAS hacen parte del Grupo Bolívar, que tiene como matriz a Grupo Bolívar S.A. y cuyo listado está disponible en la página web www.grupobolivar.com, opción "Nuestras Compañías". En consecuencia, autorizo para que me sean ofrecidos servicios y productos de las empresas del Grupo Bolívar y actividades de las Fundaciones que han adherido a sus principios, que puedan complementar mi portafolio de servicios financieros, de seguros, asistencia, inmobiliario, hotelero y editorial.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI ☐ NO ☒

(5). **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN Y CANALES DE ATENCIÓN:** Como Titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información personal que haya suministrado, esto último siempre y cuando no exista un deber legal y/o contractual. Los canales a través de los cuales puede ejercerlos son: Correo físico: Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá D.C.; Contacto telefónico: La línea #322 para llamadas desde celular, la línea 018000123322 para llamadas desde fuera de Bogotá D.C. y la línea 3122122 para llamadas desde Bogotá D.C. Correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com.

Entiendo y acepto que el presente formulario incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para poder formalizar la vinculación con LAS COMPANIAS. Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente firmo las presentes DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES el día 6 de septiembre del año 20 17.

Si se actúa en representación de otra persona: Actúo en representación de EDUAR ANDRES SANDOVAL G. con documento de identidad No. 1012352567.

Enith Katherine Gomez Aparicio

Firma Beneficiario, Representante Legal, Apoderado*, Tutor* ó Curador*



Huella índice derecho

Si firma el presente formato como Apoderado, Tutor o Curador, por favor relacione a continuación la información de la(s) persona(s) beneficiario(s) a la(s) que representa:

Tipo de documento	Número de documento	Nombres y Apellidos
T.I	1012352567	eduar Andres Sandoval Gomez

USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑIA

Nombre del responsable del recibo y revisión del formulario

Cargo

Jose Valverde

Analista

Ciudad o localidad de recibo del formulario

BLU

Ramo o producto

No. póliza afectada

No. de identificación

1082 484 884

Fecha de revisión

14 / 09 / 17

No. Reclamo

Firma responsable del recibo y revisión del formulario

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80759670

LESMES RODRIGUEZ
APELLIDOS

JACK KEN
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-ABR-1979

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

A+

G.S. RH

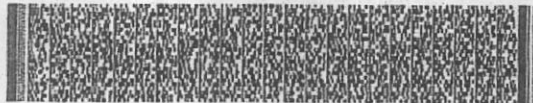
M

SEXO

16-ENE-2002 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

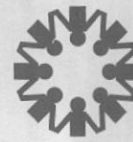
REGISTRADOR NACIONAL
WAN CQUE ESCOBAR



P-1500111-42101552-11-0080759670-20020417

0519402106A 01 114313430

**HOSPITAL UNIVERSITARIO
FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ**
DIRECCIÓN : CALLE 119 NRO. 7-75
TELÉFONO : 603 03 03



Hospital
Universitario
Fundación Santa Fe de Bogotá
FUNDACIÓN
SANTA FE DE BOGOTÁ

UNIDAD DE ARRITMIAS Y ESTIMULACION CARDIACA

Paciente : GOMEZ GARCIA JOSE ALIRIO Fecha : 2017/07/19
Identificación : CEDULA C. 4245325 Teléfono : 5754792 3115144088
Edad : 56 AÑO(S) Sexo : MASCULINO
Habitación:
Convenio : COOMEVA MEDICINA PREPAGADA
Médico Remitente: 1707004882

INFORME MONITOREO HOLTER DE 24 HORAS

FECHA REALIZACION 2017/07/18

Monitoreo Holter de 24 horas de adecuada calidad técnica.

Ritmo de base sinusal con una FC media de 95 lpm, mínima de 78 lpm a las 06:45 y máxima de 110 lpm a las 13:09.

La conducción AV e intraventricular es normal.

No hubo pausas ni cambios significativos del segmento ST.

En el registro no se observaron arritmias supraventriculares ni ventriculares.

La variabilidad de la frecuencia cardiaca esta severamente disminuida (34 ms)

El QTc máximo fue de 429ms.

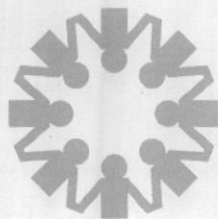
No hubo síntomas anotados.

CONCLUSIONES:

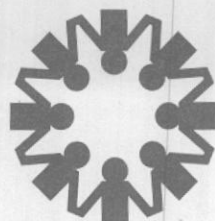
1. Variabilidad RR severamente disminuida.

Alejandro Olaya Sanchez

Dr.: ALEJANDRO OLAYA SANCHEZ



Servicio de Arritmias y
Estimulación Cardiaca
Tel.: 603 0303 Ext.: 5036 - 5492 - 5509



Fundación
Santa Fe de Bogotá

**Instituto de Enfermedades
Cardiovasculares**

Monitoreo Holter Cardiaco

INSTRUCCIONES

A usted se le ha colocado un monitor Holter Cardíaco. El objetivo de este examen es analizar el ritmo eléctrico de su corazón durante todo el día, realizando sus actividades cotidianas.

En este diario debe anotar las actividades principales del día (ejercicio, dormir, comer, medicamentos) y debe registrar los síntomas que usted considere importantes (dolor de pecho, palpitaciones, mareo, etc), con la hora exacta del suceso.

Se debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- ◆ No mojar o golpear el equipo.
- ◆ No permanecer cerca de fuentes de interferencia como antenas parabólicas, etc.
- ◆ Evite el contacto de agua con la grabadora.
- ◆ La grabadora no debe quedar debajo de su cuerpo al acostarse.
- ◆ No desconecte la grabadora ni manipule los cables.
- ◆ Por favor regresar a la Fundación para retiro del equipo a las 7:00 a.m.
- ◆ No olvidar el cuadernillo del Holter.

Monitoreo Holter No. _____

Grabadora No. 4522 Hora _____ : _____

Nombres: José Alirio

Apellidos: Gómez García

Edad: 56

Fecha de examen: 18 Julio

Médico Remitente: _____

Habitación: C-E

Historia Clínica: 4245325