

TRANSFERENCIA DE PACIENTES

URGENCIAS

No Ingreso: 11595772	No. Historia: RC-1109553952	Fecha: 18/10/2018 7:48:00 p. m.
Ingresa a: UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICA - SEDE PRINCIPAL		Habitación:

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Primer Apellido: YASCUARAN	Segundo Apellido: RODRIGUEZ	Primer Nombre: WESLEY	Segundo Nombre: STEVEN
Tipo y Documento de Identidad: RC-1109553952	Sexo: Masculino	Fecha Nacimiento: 25/12/2012	Edad: 5 Años
Nacionalidad: COLOMBIA	Dirección de Residencia: CARRERA 38 B # 54-46	Barrio: VALLADO	Teléfono Fijo: 3156004596
		Celular: 3186175419	Ciudad: SANTIAGO DE CALI
Correo Electrónico:			

DATOS RESPONSABLE

Nombre Completo Responsable: JESUS HERNANDO YASCUARAN QUIÑONES			
Tipo y Documento de Identidad: CC-14679394	Edad: 35 Años	Nacionalidad: COLOMBIA	
Dirección de Residencia: TRASVERSAL 25A # 25-95	Teléfono Fijo: 3156004596	Teléfono Celular: 3186175419	
Dirección Oficina:	Teléfono:	Correo Electrónico:	

DATOS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO (ERP)

Entidad	Nit	Plan	Contrato	Nro. Poliza	Tipo Afiliado	Rango Salarial
ADMINISTRADORAS DE LOS RECURSOS DEL SGSSS - ADRES	904 037 916-1		01			
COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A (SOAT)	860.037.013-6		01	18621418		
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL VALLE	890 399 029-5		1			

Médico Tratante: MUÑOZ CIFUENTES CLIMACO

DATOS DE LA AUTORIZACIÓN DE RESPONSABLE DE PAGO (ERP)

Tipo de Admisión: POR EVENTO	Paquete/Procedimiento Cobzado:	
	Valor Paquete/Procedimiento Cobzado:	

Tipo Orden	Numero de Orden	%	Entidad	Paciente	Tope	Días Hospitalización

Motivo de la Atención: POLITRAUMA
 Procedimiento Programado: _____
 Procedimiento Autorizado: _____

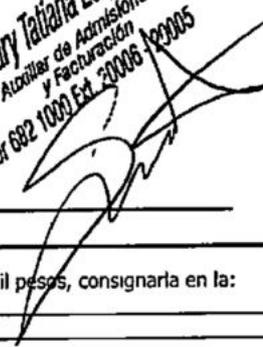
INFORMACIÓN DE COBERTURAS Y/O GENERAL:

Se le informa al paciente las siguientes coberturas:
 SE TRASLADA PACIENTE MENOR DE 5 AÑOS COMO URGENCIA VITAL SIN FAMILIARES TRAIIDO POR AMBULANCIA
 SE PASA PARA LA INTERNACION EN UCI P CON LA SIGUIENTE NOTA
 Ordenes Generales
 18 octubre 2018 21:30 - (PISO 0 URGENCIAS)
 Avisar cambios a Dr(a) al tel: HOSPITALIZAR UCI PEDIATRICA - YA COMENTADO CON EL DR. CLIMACO - URGENCIA VITAL
 Cabecera a 30 grados
 Control de signos vitales MONITORIA CONTINUA NO INVASIVA
 Hoja neurológica ESCALA DE GLASGOW 10/15- REVALORAR ESCALA DE GLASGOW
 Nada via Oral
 Plan de líquidos E.V.(Vol/Concent/FM) DSS 500CC + KATROL 5CC PASAR EN BOMBA DE INFUSION CONTINUA 60CC C/HORA
 Otras ordenes: CONTROL TAC CEREBRAL EN 12 HORAS - CONTROL Y SEGUIMIENTO POR NEUROCIROLOGIA
 Otras Metas TERAPIA TERMICA
 Firmado electrónicamente por CLAUDIA YANETH GONZALEZ
 NO HAY COMO VERIFICAR NOMBRE DEL PACIENTE NI EPS
 ATT BERONICA

INFORMACIÓN DE NO CUBRIMIENTOS (EXCLUSIONES):

Se le informa al paciente las siguientes exclusiones:
 SE TRASLADA PACIENTE MENOR DE 5 AÑOS COMO URGENCIA VITAL SIN FAMILIARES TRAIIDO POR AMBULANCIA
 SE PASA PARA LA INTERNACION EN UCI P CON LA SIGUIENTE NOTA
 Ordenes Generales
 18 octubre 2018 21:30 - (PISO 0 URGENCIAS)
 Avisar cambios a Dr(a) al tel: HOSPITALIZAR UCI PEDIATRICA - YA COMENTADO CON EL DR. CLIMACO - URGENCIA VITAL
 Cabecera a 30 grados
 Control de signos vitales MONITORIA CONTINUA NO INVASIVA
 Hoja neurológica ESCALA DE GLASGOW 10/15- REVALORAR ESCALA DE GLASGOW
 Nada via Oral
 Plan de líquidos E.V.(Vol/Concent/FM) DSS 500CC + KATROL 5CC PASAR EN BOMBA DE INFUSION CONTINUA 60CC C/HORA
 Otras ordenes: CONTROL TAC CEREBRAL EN 12 HORAS - CONTROL Y SEGUIMIENTO POR NEUROCIROLOGIA
 Otras Metas TERAPIA TERMICA
 Firmado electrónicamente por CLAUDIA YANETH GONZALEZ
 NO HAY COMO VERIFICAR NOMBRE DEL PACIENTE NI EPS
 ATT BERONICA

Shary Tatiana Escobar
 Abogada de Admisiones y Facturación
 Comisario 682 1000 Ext. 3006 10005



Admisiones: **Maritza Chamorro**

NO SE HACEN DEVOLUCIONES EN EFECTIVO SUPERIORES A CIEN MIL PESOS

En el evento de tener una devolución después de liquidada la cuenta a mi favor superior a cien mil pesos, consignarla en la:
 Cuenta Corriente _____ Ahorros _____ No. _____ Banco: _____
 a nombre de: _____ o cheque a nombre de: _____
 con C.C. # _____

CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ACEPTO LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO SOBRE LAS NO COBERTURAS DE MI ASEGURADORA

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA EN CENTRALES DE RIESGO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que la información que he suministrado es verídica y doy mi consentimiento expreso e irrevocable a CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S.A. para consultar y reportar, en cualquier tiempo, en centrales de riesgos, toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito por servicio. Autorizo al CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S.A. para tratar mi información personal, de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales, dispuesta en la página web: www.imbanaco.com y que me dió a conocer antes de recolectar mis datos personales. Así mismo declaro que he revisado la información del presente documento y que la encuentro completa y ajustada a las normas y disposiciones legales vigentes, por lo tanto, bajo mi responsabilidad, la presento para el trámite respectivo del Centro Médico Imbanaco de Cali S.A.

ROSAL YASUUM 14679394
 Acepta c.c.

TRANSFERENCIA DE PACIENTES

URGENCIAS

No Ingreso: 11595772	No. Historia: MS-1143826038-1	Fecha: 18/10/2018 7:48:00 p. m.
Ingresa a:		Habitación:
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICA - SEDE PRINCIPAL		

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Primer Apellido: NN NIÑO	Segundo Apellido:	Primer Nombre: NN NIÑO	Segundo Nombre:
Tipo y Documento de Identidad: MS-1143826038-1	Sexo: Masculino	Fecha Nacimiento: 05/05/2013	Edad: 5 Años
Dirección de Residencia: NO REGISTRA	Barrio: PARQUE DEL AMOR	Teléfono Fijo: 123	Celular: Ciudad: SANTIAGO DE CALI
Correo Electrónico:			

DATOS RESPONSABLE

Nombre Completo Responsable: DIANA MARCELA MUÑOZ BENAVIDES			
Tipo y Documento de Identidad: CC-1143826038	Edad: 30 Años	Nacionalidad: COLOMBIA	
Dirección de Residencia: TRASVERSAL 25A # 25-95	Teléfono Fijo: 3218540598	Teléfono Celular: 3218540598	
Dirección Oficina:	Teléfono:	Correo Electrónico:	

DATOS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO (ERP)

Entidad	Nit	Plan	Contrato	Nro. Poliza	Tipo Afiliado	Rango Salarial
ADMINISTRADORAS DE LOS RECURSOS DEL SGSSS - ADRES	804.037.916-1		01			

Médico Tratante: MUÑOZ CIFUENTES CLIMACO

DATOS DE LA AUTORIZACIÓN DE RESPONSABLE DE PAGO (ERP)

Tipo de Admisión: POR EVENTO	Paquete/Procedimiento Cotizado:	
	Valor Paquete/Procedimiento Cotizado:	

Tipo Orden	Numero de Orden	%	Entidad	Paciente	Tope	Días Hospitalización

Motivo de la Atención: POLITRAUMA
 Procedimiento Programado: _____
 Procedimiento Autorizado: _____

INFORMACIÓN DE COBERTURAS Y/O GENERAL:

Se le informa al paciente las siguientes coberturas:
 SE TRASLADA PACIENTE MENOR DE 5 AÑOS COMO URGENCIA VITAL SIN FAMILIARES TRAI DO POR AMBULANCIA
 SE PASA PARA LA INTERNACION EN UCI P CON LA SIGUIENTE NOTA
 Ordenes Generales
 18 octubre 2018 21:30 - (PISO 0 URGENCIAS)
 Avisar cambios a Dr(a) al tel: HOSPITALIZAR UCI PEDIATRICA - YA COMENTADO CON EL DR. CLIMACO - URGENCIA VITAL
 Cabeecera a 30 grados
 Control de signos vitales MONITORIA CONTINUA NO INVASIVA
 Hoja neurológica ESCALA DE GLASGOW 10/15- REVALORAR ESCALA DE GLASGOW
 Nada vía Oral
 Plan de líquidos E.V.(Vol/Concent/FM) DSS 500CC + KATROL SCC PASAR EN BOMBA DE INFUSION CONTINUA 60CC
 C/HORA
 Otras ordenes: CONTROL TAC CEREBRAL EN 12 HORAS - CONTROL Y SEGUIMIENTO POR NEUROCIRUGIA
 Otras Metas TERAPIA TERMICA
 Firmado electrónicamente por CLAUDIA YANETH GONZALEZ
 NO HAY COMO VERIFICAR NOMBRE DEL PACIENTE NI EPS
 ATT BERONICA

INFORMACIÓN DE NO CUBRIMIENTOS (EXCLUSIONES):

Se le informa al paciente las siguientes exclusiones:
 SE TRASLADA PACIENTE MENOR DE 5 AÑOS COMO URGENCIA VITAL SIN FAMILIARES TRAI DO POR AMBULANCIA
 SE PASA PARA LA INTERNACION EN UCI P CON LA SIGUIENTE NOTA
 Ordenes Generales
 18 octubre 2018 21:30 - (PISO 0 URGENCIAS)
 Avisar cambios a Dr(a) al tel: HOSPITALIZAR UCI PEDIATRICA - YA COMENTADO CON EL DR. CLIMACO - URGENCIA VITAL
 Cabeecera a 30 grados
 Control de signos vitales MONITORIA CONTINUA NO INVASIVA
 Hoja neurológica ESCALA DE GLASGOW 10/15- REVALORAR ESCALA DE GLASGOW
 Nada vía Oral
 Plan de líquidos E.V.(Vol/Concent/FM) DSS 500CC + KATROL SCC PASAR EN BOMBA DE INFUSION CONTINUA 60CC
 C/HORA
 Otras ordenes: CONTROL TAC CEREBRAL EN 12 HORAS - CONTROL Y SEGUIMIENTO POR NEUROCIRUGIA
 Otras Metas TERAPIA TERMICA
 Firmado electrónicamente por CLAUDIA YANETH GONZALEZ
 NO HAY COMO VERIFICAR NOMBRE DEL PACIENTE NI EPS
 ATT BERONICA

Admisiones:  Maritza Chamorro



NO SE HACEN DEVOLUCIONES EN EFECTIVO SUPERIORES A CIEN MIL PESOS

En el evento de tener una devolución después de liquidada la cuenta a mi favor superior a cien mil pesos, consignarla en la:

Cuenta Corriente _____ Ahorros _____ No. _____ Banco: _____
a nombre de: _____ o cheque a nombre de: _____
con C.C. # _____

CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ACEPTO LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO SOBRE LAS NO COBERTURAS DE MI ASEGURADORA

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA EN CENTRALES DE RIESGO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que la información que he suministrado es verídica y doy mi consentimiento expreso e irrevocable a CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S.A. para consultar y reportar, en cualquier tiempo, en centrales de riesgos, toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito por servicio. Autorizo al CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S.A. para tratar mi información personal, de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales, dispuesta en la página web: www.imbanaco.com y que me dió a conocer antes de recolectar mis datos personales. Así mismo declaro que he revisado la información del presente documento y que la encuentro completa y ajustada a las normas y disposiciones legales vigentes, por lo tanto, bajo mi responsabilidad, la presento para el trámite respectivo del Centro Médico Imbanaco de Cali S.A.

Acepta

C.C.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS / PROCEDIMIENTOS / TRATAMIENTOS MÉDICOS

FECHA: 18 Octubre del 2018

NOMBRE DEL PACIENTE: NN NIÑO NN NIÑO HC: MS 1143826038-1

EDAD: 5 Años 5 Meses 13 Días ENTIDAD: ADMINISTRADORAS DE LOS RECURSOS DEL SGSSS - ADRES

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD DEL C.M.I.CLIMACO MUÑOZ CIFUENTES / GRUPO PEDIATRAS UCIP

ESPECIALISTAS EN: PEDIATRIA

Yo, NN NIÑO NN NIÑO Identificado con la CC: ____, CE: ____, PA: ____. No. MS 1143826038-1 expedida en _____

Obrando en mi propio nombre o como representante legal o responsable del menor arriba identificado, por medio del presente escrito en forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento para que por parte de la Institución o de mi médico tratante, según el caso, se le practique el siguiente procedimiento y/o tratamiento médico e igualmente acepto la toma de muestras y práctica de biopsias si fuere del caso, aplicación de medios de contraste, medicamentos y sesiones terapéuticas con la tecnología especificada. : _____

ATENCION MEDICA INTEGRAL EN UCIP

Así como cualquier otra intervención o re intervención, advertida o imprevista, que a juicio del médico se haga necesaria durante su práctica, durante o posteriormente la atención/tratamiento, para cuyos efectos hago las siguientes expresas declaraciones:

1. He sido informado por parte del médico tratante sobre el diagnóstico de la enfermedad que amerita la práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimiento(s) o tratamiento médico que he autorizado y se me ha explicado su objetivo, conveniencia y pronóstico inicial, advirtiéndome que la medicina no es una ciencia exacta, que todo procedimiento invasivo comporta riesgos y que los resultados de la intervención/ procedimiento(s), o el tratamiento médico, no dependen exclusivamente de la actividad médica o de una adecuada técnica quirúrgica/clínica sino también de las reacciones propias e individuales del organismo del paciente en cada caso, razón está por la cual la medicina comporta obligaciones de medio con cuyo ejercicio en ningún caso pueden ser garantizados los resultados de un procedimiento o tratamiento médico.
2. El consentimiento que otorgo lo hago extensivo a los integrantes del equipo de salud que intervenga en la atención del caso, tales como médicos hospitalarios, profesionales interconsultados, médicos o profesionales de otras especialidades cuya intervención se requiera, enfermeras, terapeutas, auxiliares de enfermería y demás personal asistencial o de apoyo para la atención del caso cuya participación sea conveniente o necesaria.
3. He elegido libremente a mi médico tratante y anestesiólogo o autorizo al médico tratante del caso la aceptación o escogencia de los integrantes del equipo de salud y demás personal a que se refiere el numeral anterior e igualmente la del anestesiólogo que deba suministrar los agentes anestésicos que el caso requiera y el método o procedimiento más conveniente para tal fin de acuerdo con las condiciones y antecedentes del mismo.
4. Acepto la práctica de los procedimientos que se hagan necesarios para fines diagnósticos, de confirmación diagnóstica o que formen parte del tratamiento, sean invasivos o no y, requieran un consentimiento específico, éste se diligenciará por separado.
5. Acepto la realización de los procedimientos de transfusiones sanguíneas o de componentes de la sangre (Hemoderivados) que llegaren a ser necesarias durante la intervención o en desarrollo de su evolución posterior, para lo cual se procederá a tramitar el consentimiento específico de ley, e igualmente acepto la toma de muestras y práctica de biopsias si fuere del caso, antes, durante o después de la intervención principal cuya práctica he consentido, y/o durante el procedimiento y/o hospitalización.
6. He tenido oportunidad de dar a conocer al médico tratante mis dudas, temores e incertidumbres con respecto a la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he consentido. He recibido explicaciones al respecto en lenguaje claro que he comprendido cabalmente por su contenido apropiado para mi grado de educación y cultura. Se me ha explicado que frente a cualquier duda o temor este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, en todo o en parte, pero se me ha advertido que en tal caso asumo la responsabilidad por las consecuencias o efectos inmediatos o tardíos que llegaren a surgir sino se realiza la intervención principal programada/procedimiento/tratamiento médico.
7. He recibido amplias explicaciones sobre los objetivos de la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he aceptado, incluido el suministro de anestesia y se me ha transmitido la información general pertinente a los riesgos y complicaciones que pueden llegar a presentarse.
8. Se me ha explicado que la intervención y/o procedimiento(s) cuya práctica he aceptado comportan la afectación necesaria de las estructuras anatómicas que corresponden al campo operatorio propio de aquella o estos de acuerdo con las condiciones clínico patológicas que identifican el caso y se me ha advertido que pueden llegar a presentarse alergias medicamentosas, alteraciones de los factores de la coagulación sanguínea no identificados previamente así como afecciones cardiopulmonares inesperadas o reacciones imprevisibles a los agentes anestésicos.
9. Se me ha informado que, a pesar de la adecuada elección de la técnica quirúrgica o procedimental que el caso requiera y que no obstante su práctica adecuada, pueden llegar a presentarse efectos indeseables, tanto en el campo propio de la intervención programada, como en relación con aquellos que podrían afectar otros órganos o sistemas no comprometidos directamente por el objetivo o propósito de la cirugía o los procedimientos cuya práctica se ha consentido, sino que pueden estar relacionados con las condiciones vitales individuales del paciente, tal como puede suceder, por vía de ejemplo, en casos de pacientes afectados por diabetes, cardiopatías, hipertensión, edad avanzada, obesidad, anemia y otros factores no identificados con los resultados de los exámenes previos a la intervención programada o desconocidos por el paciente o no divulgados por éste a su médico tratante.
10. Se me ha informado y explicado igualmente que: Durante la intervención se espera un sangrado normal en el área quirúrgica pero hay casos en los cuales se puede presentar sangrado abundante que puede llegar a ser anormal con múltiples manifestaciones y efectos imprevisibles.
11. En algunos casos los tejidos del área intervenida presentan características débiles que los hacen friables lo cual puede llegar a comprometer la seguridad de las suturas. Pueden llegar a manifestarse procesos infecciosos endógenos, es decir, originados en el propio organismo del paciente, o exógenos generados por microorganismos presentes en el ambiente de cualquier medio hospitalario en el mundo, a pesar de las medidas rutinarias de higienización, asepsia y antisepsia.
12. Durante el postoperatorio inmediato o mediato pueden presentarse manifestaciones de dolor en el área intervenida o en zonas circunvecinas previas a la recuperación estimada para el caso por el médico tratante y/o afectaciones del funcionamiento normal del órgano, órganos o estructuras anatómicas

comprometidas con la intervención. Pueden formarse hematomas en las áreas intervenidas o presentarse manifestaciones inesperadas de cicatrización de las heridas quirúrgicas, dependiendo del organismo de cada individuo.

13. Se me ha informado que existen riesgos imprevisibles, así como riesgos de muy difícil previsión los cuales, por serlo no pueden ser advertidos. Los riesgos de los procedimientos invasivos cuando se presentan con características de graves pueden ser generadores de complicaciones que a pesar de los esfuerzos de los especialistas tratantes y de la utilización de los recursos disponibles para contrarrestarlas, podrían llegar a comprometer de forma temporal o permanente mis condiciones de salud y, en casos extremos, mi propia vida.
14. Acepto que si se me retira en un procedimiento material de osteosíntesis de mi cuerpo por desgaste de funcionamiento o por defectuoso funcionamiento aunque no exista desgaste, dicho material podrá ser donado a un banco de elementos de osteosíntesis o desechado por inservible por parte del Centro Médico Imbanaco. En los casos de retro por incompatibilidad con el organismo o porque ya cumplió su función estando en buen estado, dicho material se le entregará a quien lo haya suministrado (Aseguradora, Paciente o Responsable). En caso de prótesis cosméticas estas se destruyen. De todo lo anterior se deja constancia
15. Se advierten de forma general y específica los siguientes riesgos y complicaciones frecuentes no excluyentes de otros imprevisibles de forma concreta:

RIESGOS Y COMPLICACIONES INHERENTES A LA ATENCIÓN MÉDICA EN CUIDADOS INTENSIVOS, DEBIDOS O ASOCIADOS A LA MISMA ENFERMEDAD, A SUS POSIBLES COMPLICACIONES CLÍNICAS Y/O A LAS INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS O DIAGNÓSTICAS PERTINENTES QUE SEAN INDICADAS Y REALIZADAS; COMO LO SON: PUNCIONES VASCULARES, LUMBARES, PLEURALES O PERITONEALES, COLOCACIÓN DE DISPOSITIVOS (CATÉTERES, TUBOS O DRENES) VASCULARES, PLEURALES DE DRENAJE, PERITONEALES DE DRENAJE O DIÁLISIS U OROTRAQUEAL PARA SOPORTE VENTILATORIO; Y ENTRE LAS CUALES SE INCLUYEN: INFECCIONES, SANGRADOS, TROMBOSIS, FLEBITIS, REACCIONES MEDICAMENTOSAS O TRANSFUSIONALES, ZONAS DE PRESIÓN O LESIONES EN LA PIEL, Y EN CASO DE REQUERIR VENTILACION MECANICA, RIESGO ADICIONAL DE INFECCIÓN RESPIRATORIA, FUGA O ESCAPE DE AIRE A NIVEL EXTRAPULMONAR, OBSTRUCCIÓN O LESIONES DE LA VIA AEREA, Y/O EXTUBACIÓN NO PROGRAMADA; ENTRE OTRAS.

***LOS RELACIONADOS CON TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO PRINCIPAL.**

16. Se me han explicado los beneficios del procedimiento indicado por el médico (describir los beneficios):

NO APLICA

17. Se me han explicado las alternativas de tratamiento (registre las alternativas de tratamiento):

NO APLICA

18. Declaro que he dado a conocer al personal asistencial información veraz sobre mis antecedentes personales, alérgicos, medicamentosos, patológicos y sospecha de embarazo, entre otros. Certifico que he seguido cabalmente las recomendaciones o preparación ordenadas por el personal asistencial para la realización de la atención/procedimiento/tratamiento médico programado, así como también he informado de los medicamentos que actualmente recibo.
19. Se me ha advertido e informado de mi responsabilidad para seguir a cabalidad las recomendaciones dadas por el profesional de la salud, como parte del cuidado y plan de tratamiento acordado para mi recuperación. Los efectos que se presenten producto de acciones contrarias a las indicaciones médicas, no se asumirán como responsabilidad del profesional de la salud.
20. "Se me ha explicado y autorizo de conformidad con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012, por lo cual se dictan disposiciones generales la protección de datos personales y por el Decreto 1377 de 2013 que reglamenta parcialmente dicha ley, informa a todos los titulares de datos personales que reposan en las Bases de Datos del Centro Médico Imbanaco, como consecuencia del desarrollo de actividades de salud y/o contractuales, que se han adoptado las medidas de tipo legal, técnicas y administrativas necesarias para garantizar la seguridad y confidencialidad en integridad de este tipo de datos durante todo el tratamiento ejercido por el Centro Médico Imbanaco. Se me ha explicado que una vez firmado este documento el Usuario autoriza al Centro Médico Imbanaco para recolectar, almacenar, conservar, usar, suprimir, actualizar, compartir y circular a terceros, sus datos personales de orden demográfico, económico, de servicios, de localización, de salud; Para la prevención y control de fraudes, y para beneficio propio o de terceros con los que el Centro Médico Imbanaco haya celebrado convenio para envío y recepción de cualquier tipo de información. Usted tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar, suprimir los datos y revocar la autorización salvo las excepciones legales, en cualquier momento."

CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

- 1- He sido informado (a) en el sentido de que mi Historia Clínica bien sea durante mi tratamiento o después de haber egresado del Centro Médico Imbanaco de Cali S.A., podría ser utilizada, con mi consentimiento, como documento de referencia para estudios de investigación aprobados por el comité de ética en investigación del Centro Médico Imbanaco, teniendo en cuenta las resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2.008, las guías de buenas prácticas clínicas y la Ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos. Con este único fin autorizo que mi Historia Clínica pueda ser conocida por terceros que tengan a cargo la correspondiente investigación siempre y cuando se trate de profesionales calificados o sus colaboradores y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes. Este consentimiento no comprende la autorización para investigaciones en las cuales se utilicen mis tejidos y/o muestras que no hayan sido explícitamente autorizadas. En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: _____ NO: _____.
- 2- Autorizo de requerirse se anexas a mi Historia Clínica videos y/o fotografías de mi proceso de atención, salvaguardando mi identidad. En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: _____ NO: _____.
- 3- Autorizo que los videos y fotografías anteriormente aceptadas puedan ser utilizadas con fines académicos, científicos y de investigación y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, salvaguardando mi identidad, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes. En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: _____ NO: _____.

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA QUE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

JESUS

CC: __, CE: __, PA: __. No. 10079384 De CAPI

Testigo: _____ CC: __, CE: __, PA: __. No. _____

De _____

Dirección _____ Ciudad _____

FECHA Y HORA DE FIRMA DEL CONSENTIMIENTO: _____

Profesional de la salud: Dr. Immaculada Muñoz C. JBZ/90

C.C. No. 16719223 Reg. Médico: _____

C C. No. 66719223 De Centro Médico Imbanaco da Cali s.a. Reg. Médico: _____

DISENTIMIENTO INFORMADO (NO CONSENTIMIENTO)

Por medio de la presente constancia, obrando en mi propio nombre o como representante legal o responsable del menor arriba identificado, por medio del presente escrito en forma autónoma, libre y consciente no autorizo que se me realicen/ le realicen el (los) procedimiento(s), actividad(es) o tratamiento(s) _____ y declaro que asumo la responsabilidad legal plena por los efectos de esta decisión, la cual ha sido tomada después de que el Dr(es). _____ me ha(n) explicado en forma clara las implicaciones, riesgos, peligros y complicaciones que para mi salud comporte esta decisión.

Nombre y Firma del Paciente/Representante Legal /Responsable:

CC: __, CE: __, PA: __. No. _____ De _____

Testigo: _____ CC: __, CE: __, PA: __. No. _____

De _____

Dirección _____ Ciudad _____

FECHA Y HORA DE FIRMA DEL DISENTIMIENTO: _____

C o que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, y riesgos del procedimiento/ actividad/ tratamiento y he contestado todas las preguntas al paciente/ Responsable. El (la) paciente/ responsable ha aceptado y comprendido todo lo explicado.

Ciudad / Fecha: 20/10/18 Hora: 21:00

Yo JOSÉ identificado con C.C# 14679389 y mi acompañante
(responsable del paciente), identificado con C.C#

Conociendo:

1) Que existen deberes del paciente, dentro de los cuales están:

- Aportar la información necesaria para la atención médica.
- Colaborar en todos los aspectos relacionados con el cuidado y tratamiento de mi enfermedad.
- Cumplir con las instrucciones e indicaciones que el cuerpo médico sugiera para mi tratamiento.

2) Que el Centro Médico Imbanaco tiene una política de ingreso y consumo de alimentos, de la cual me han informado y en la que la dieta que requieren los pacientes está sujeta a un plan alimentario individual susceptible a cambios sólo por el personal de salud de la organización.

3) Que el Centro médico Imbanaco solo puede responsabilizarse por la calidad de los alimentos preparados institucionalmente para el paciente, con base en las órdenes médicas.

Me comprometo a:

1) NO suministrar alimentos y bebidas que estén fuera de la dieta prescrita por el personal idóneo y que no sean suministrados por la propia organización (el suministrar alimentos no autorizados puede generar desenlaces clínicos no esperados o complicaciones en el manejo del paciente).

2) Si soy familiar o acompañante del paciente, NO consumiré alimentos dentro de las habitaciones.

3) Si soy acompañante único y debo permanecer de forma permanente en la habitación, puedo consumir mis alimentos dentro de ella, que serán suministrados por la organización con un descuento adicional al costo previa autorización del Jefe de Turno del área.

Yo me comprometo a cumplir lo que aquí se encuentra escrito.

Firma del responsable del Paciente: JOSÉ YASCUARÁN
CC # _____

Firma del Paciente: Paciente menor de edad - NO firma
CC # _____

MESLEY STEVEN
YASCUARÁN RODRIGUEZ
RC 110953952/5 A es/Neaculino
Tel 3158804556/CARRERA 30 B # 54-45
9047003

Serv: HOSPITALIZACION
Ent: COMPAÑIA MUNDIAL
Plan:
NroEstudio 0
Ubi: HABITACION 503 T

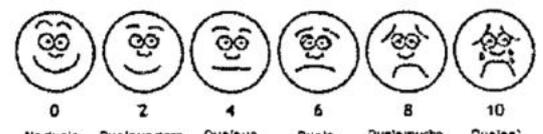
REGISTRO DIARIO DE CUIDADO Y VALORACIÓN DEL DOLOR NIPS-FLACC-EVA

NN NI O
NN NI O
MS 1143826038-1/5 A ca/Masculino
Tel: 123/NO REGISTRA
Serv UCI-Pediatrica
Ent ADMINISTRADORAS
Plan
Nro Estudio 0
Ubi UCIP CUBICULO 13

NOMBRES COMPLETOS: NN-NO mo		IDENTIFICACION: MS 1143826038-1	
EDAD: 5 años	FECHA Y HORA DE INGRESO: 18/X/18 23:02	FECHA HOY: 10/X/18	
HOJA N°: #2	AISLAMIENTO: NO	ALERGIA: NO	
DIAGNOSTICOS: ✓ Trauma Craneoencefalico Severo ✓ Hematoma Epidural lateral			

ESCALA DOLOR (Señale con una X la escala correspondiente para este paciente)	NIPS	FLACC	EVA: <input checked="" type="checkbox"/>
---	------	-------	--

Escala Visual Análoga EVA para evaluar el dolor en mayores de 3 años



0 No duele 2 Duele un poco 4 Duele un poco más 6 Duele mucho 8 Duele mucho más 10 Duele máximo

Escala (Nips) Para Valorar el Dolor En menores de 1 mes.

Parámetro	Hallazgo	Puntaje
Expresión facial	Normal - Relajado, neutral	0
	Gesticulación, Contractura nasolabial / parpados, retracción, ceño fruncido	1
Llanto	No	0
	Leve, quejido, intermitente - Consolable	1
Respiración	Continuo, fuerte, vigoroso, ruidoso,	2
	Normal, bien	0
Movimientos de Brazos	Irregular, agitada, rápida	1
	Relajados, reposo, movilidad intermitente	0
Movimiento de Piernas	Tensos, rígidos, flexión o extensión fuerte o continua	1
	Relajados, reposo, movilidad intermitente	0
Despertar, reactividad	Tensos, rígidos, flexión o extensión fuerte o continua	1
	Normal, tranquilo	0
Frecuencia cardiaca	Siempre despierto, ansioso, agitado	1
	Normal	0
	Más del 10 - 20 % de la basal	1
Saturación de O2	Más del 20 %	2
	No necesidad de O2 adicional para SO2 normal	0
	Necesidad de O2 adicional para SO2 normal	1

Clasificación dolor	Descripción de la Intervención y/o manejo según tipo de dolor
0: No Dolor	0 Vigilancia y ambiente confortable
1 a 3: Dolor Leve	Medidas No Farmacológicas
	1 Baño
	2 Revisión - Cambio de pañal
	3 Masaje, cambios de posición, favorecer el contacto piel a piel, abrazos, caricias, tono de voz afectuoso y cariñoso
	4 Envolver, arropar, Uso de manta térmica cuando se requiera.
	5 Disminuir la iluminación y/ o ruido, cerrando cortinas, apagando las luces, cerrando puerta de cubículo
	6 Lactancia materna y/o vía oral
	7 Succión no nutritiva. (Chupo -entretenedor)
8 Favorecer actividades lúdicas.	
4 a 6: Dolor Moderado	Medidas Farmacológicas
	9 Acetaminofén Según Orden medica
7 a 10: Dolor Severo	Medidas No Farmacológicas: 1- 2- 3- 4- 5- 6 - 7 - 8
	Medidas Farmacológicas
	10 Si no está contraindicada Dipirona Según Orden médica y/o bolos de Opioides (morfina, hidromorfona, tramadol, metadona, fentanyl) Según Orden medica
7 a 10: Dolor Severo	Medidas No Farmacológicas: 1- 2- 3- 4- 5- 6 - 7 - 8
	Medidas Farmacológicas
	11 Considerar Infusión de Opioides Según Orden medica
	12 Interconsulta Clínica del Dolor



REGISTRO DIARIO VALORACIÓN DEL DOLC

NN NI 0
NN NI 0
RS 1143826038-1/5 A os/Masculino
Tel: 123/NO REGISTRAR



Serv: UCI-Pediatrica
Ent: ADMINISTRADORAS
Plan
Nro Estudio 0
Ubi: UCIP CUBICULO 11

5:15
HORA TI. 30v

MONITORIA CONTINUA													CONTROL VENTILACION MECANICA									
HO RA	T*	FR	FC	PAS PAD	PAM	OTRA PRESION	VALORACION DOLC	INTERVENCION SEGUN DOLC	NEUROLO GICO	CAMBIO DE POSICION	ROTACION DE SENSOR	SO2	FIO2	MODO	FR/ FV	PS	PEEP	Paw	PIP	VI	TVE	
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23	30	25	115	105 62	A2		2	0			ASD	100	21	AmS								
24	38	21	105	105 61	A5		2					100	21	AmS								
35	26	119	116 78	89			2	23,9	DS		ASI	100	21	AmS								
36	25	113	105 58	91			0	0	0			100	21	AmS								
35	23	112	105 61	73			0	0	0			100	21	AmS								
35	20	115	111 61	94			0	0	0			100	21	AmS								
35	16	109	105 78	108			2	23,	AE		ASI	98	21	AmS								
34	13	115	105 76	86			0	0	AE			100	21	Am								
35	13	98	105 60				0	0	0			100	21	Am								

TOT: _____ FIJACION: _____ FECHA DE INTUBACION: _____

4/15

REGISTRO DIARIO DE CUIDADO Y VALORACIÓN DEL DOLOR NIPS-FLACC-EVA

NN NI 0
NN NI 0
MS 1143026030-1/5 A os/Masculino
Tel 123/NO REGISTRA
Serv UCI-Pediátrica
Ent ADMINISTRADORAS
Plan
NroEstudio 0
Ubi UCIP CUBICULO 10

9042990

REGISTRO DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS										GLUCOMETRIA
HORA	ADMINISTRADOS				BALANCE	ELIMINADOS				
	TOTAL				TOTAL					
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23	60				60	-75	135			135 224ms ²⁰
24	60				120	-15	135			
1	60	10			190	+55	135			
2	60	10			260	+125	135			
3	60	10			330	+195	135			
4	60	1			391	+256	135			
5	60	1			452	+317	135			
6	60	10			522	+267	255		120	14ms ^{1de}
7	60	10			992	+337	255	9hr + 1.5sk		120

DIURESIS 24HORAS: _____ BALANCE DIA ANTERIOR: _____

PESO: 10kg FORMULA ENTERAL _____ METODO: Succion () Gavaje () Infusion Continua

DIETA: _____



**REGISTRO DIARIO DE CUIDADO Y
VALORACIÓN DEL DOLOR NIPS-FLACC-EVA**

NN NI 0
 NN NI 0
 MS 1143826038-1/5 A os/Masculino
 Tel: 123/NO REGISTRA
 Serv UCI-Pediatría
 Ent ADMINISTRADORAS
 Plan
 Nro Estudio 0
 Ubi UCIP CUBICULO 12
 9042990

DESCRIPCIÓN DE LINEAS ENDOVENOSAS

- #1 *Dextrosa 5-SSN 500cc + K₂Se = 60cc* cambio
- #2 *SSN 500cc OI 60cc*
- #3
- #4
- #5
- #6
- #7
- #8
- #9
- #10
- #11
- #12
- #13
- #14

MEDICAMENTOS (BOLOS)

DESCRIPCIÓN DEL MEDICAMENTO / HORA	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7

PENDIENTES Y / OBSERVACIONES

RANGOS DE SEGURIDAD DE CONSTANTES VITALES	
FC: 73-137	FR: 20-28 %Saturación: 290%
T/A min: 90/60	T/A min media: 70
T/A máx.: 110/70	T/A máx. media: 83

RESPONSABLE TURNO MAÑANA: _____

RESPONSABLE TURNO TARDE: *[Signature]*

RESPONSABLE TURNO NOCHE: *[Signature]*

REGISTRO DIARIO DE CUIDADO Y VALORACIÓN DEL DOLOR NIPS-FLACC-EVA

NOMBRES COMPLETOS: **NN - Nino** IDENTIFICACION: **MS 1143926038-1**

EDAD: **5 años** FECHA Y HORA DE INGRESO: **18/X/18 23=02** FECHA HOY: **19/X/18**

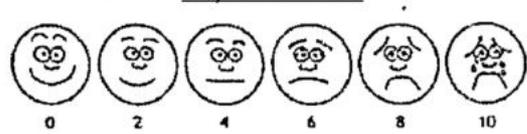
HOJA N°: **#1** AISLAMIENTO: **NO** ALERGIA: **NO**

DIAGNOSTICOS:
**Trauma Craneoencefalico severo
Hematoma epidural lateral**

ESCALA DOLOR (Señale con una X la escala correspondiente para este paciente)

NIPS	FLACC	<input checked="" type="checkbox"/> EVA
------	-------	---

Escala Visual Análoga EVA para evaluar el dolor en mayores de 3 años



0 No duele 2 Duele un poco 4 Duele un poco más 6 Duele mucho 8 Duele mucho más 10 Duele más

Escala (Nips) Para Valorar el Dolor En menores de 1 mes.

Parámetro	Hallazgo	Puntaje
Expresión facial	Normal - Relajado, neutral	0
	Gesticulación, Contractura nasolabial / parpados, retracción, ceño fruncido	1
Llanto	No	0
	Leve, quejido, intermitente - Consolable	1
Respiración	Continuo, fuerte, vigoroso, ruidoso,	2
	Normal, bien	0
Movimientos de Brazos	Irregular, agitada, rápida	1
	Relajados, reposo, movilidad intermitente	0
Movimiento de Piernas	Tensos, rígidos, flexión o extensión fuerte o continua	1
	Relajados, reposo, movilidad intermitente	0
Despertar, reactividad	Tensos, rígidos, flexión o extensión fuerte o continua	1
	Normal, tranquilo	0
Frecuencia táca	Siempre despierto, ansioso, agitado	1
	Normal	0
	Más del 10 - 20 % de la basal	1
Saturación de O2	Más del 20 %	2
	No necesidad de O2 adicional para SO2 normal	0
	Necesidad de O2 adicional para SO2 normal	1

Escala FLACC Para Valorar El Dolor En Niños de 1mes hasta los 3 años

Parámetro	puntaje	
Expresión Facial	Normal, Expresión Neutra Cara Relajada	0
	Muecas, Nariz arrugada	1
	Mandíbula Tensa, rostro afligido, Triste	2
Piernas	Relajadas	0
	Inquietas	1
	Flexión, Golpea con los pies	2
Actividad	Acostado, quieto y relajado	0
	Se dobla sobre el abdomen encogiendo las piernas	1
	Quieto, Rígido	2
Llanto	Sin llanto	0
	Se queja, gime	1
	Llanto fuerte, grita	2
Capacidad de Consuelo	Satisfecho, No requiere	0
	Puede Distraerse	1
	No Consolable	2

Clasificación dolor	Descripción de la Intervención y/o manejo según tipo de dolor
0: No Dolor	0 Vigilancia y ambiente confortable
1 a 3: Dolor Leve	Medidas No Farmacológicas
	1 Baño
	2 Revisión - Cambio de pañal
	3 Masaje, cambios de posición, favorecer el contacto piel a piel, abrazos, caricias, tono de voz afectuoso y cariñoso
	4 Envolver, arropar, Uso de manta térmica cuando se requiera.
	5 Disminuir la iluminación y/o ruido, cerrando cortinas, apagando las luces, cerrando puerta de cubículo
	6 Lactancia materna y/o vía oral
	7 Succión no nutritiva. (Chupo -entretenedor)
8 Favorecer actividades lúdicas.	
4 a 6: Dolor Moderado	Medidas Farmacológicas
	9 Acetaminofén Según Orden medica
7 a 10: Dolor Severo	Medidas No Farmacológicas: 1- 2- 3- 4- 5- 6 - 7 - 8
	Medidas Farmacológicas
	10 Si no está contraindicada Diprona Según Orden médica y/o bolos de Opioides (morfina, hidromorfona, tramadol, metadona, fentanyl) Según Orden medica
7 a 10: Dolor Severo	Medidas No Farmacológicas: 1- 2- 3- 4- 5- 6 - 7 - 8
	Medidas Farmacológicas
	11 Considerar Infusión de Opioides Según Orden medica
	12 Interconsulta Clínica del Dolor



REGISTRO DIARIO | VALORACIÓN DEL DOLO

WESLEY STEVEN YASCUARAN RODRIGUEZ
 RC 1109553852/5 A de Masculino
 Tel 3156004956/CARRERA 38 B # 54-46
 Serv UCI-Pediatría a
 Ent-COMPR IA MUNDIALS
 Plan
 NrcEstudio 0
 Ubi UCIP CUBICULO 131
9042990

MONITORIA CONTINUA														CONTROL VENTILACION MECANICA								
HO RA	T°	FR	FC	PAS PAD	PAM	OTRA PRESION	VALORACION DOLOR	INTERVENCION SEGUN DOLOR	NEUROLO GICO	CAMBIOS DE POSICION	ROTACION DE SENSOR	SO2	PIO2	MODO	FR/ FV	PS	PEEP	Paw	PIP	VI	T/E	
8	36.2	19	77	109 65	76		0	0	0	sup	RTD	100	21	ME/A								
9	36.2	19	104	107 58	69							100										
10	36.3	18	95	77 57	70		0	2-3	0	DLD	RTJ	100	20	ME/A								
11	36.2	20	99	100 55	70							100										
12	36.7	17	77	115 65	80		0	0	A	Segn	RTD	100	21	ME/A								
13	36.1	16	91	112 55	72							100										
14	36	18	91	143 50	80		0	0	A	sent	MSE	100	21	ME/A								
15	36.5	21	110	131 70	90							100										
16	36	17	120	114 71	85		0	0	A	S	MSE	100	21	ME/A								
17	35	19	100	100 53	67							100										
18	35	21	108	94 46	61		0	0	P	S	MSE	100	21	ME/A								
19	36	18	123	102 53	67							100	21									
20	35	17	113	119 60	83		0	0	A		MIO	100	21	Amb								
21	35	19	110	106 55	69		0	0				100	21	Amb								
22	35	18	122	104 69	80		0	2,3,4,5			MSE	100	21	Amb								
23	35	19	95	110 62	77		0	0				100	21	Amb								
24	35	18	99	90 57	67		0	0	D		MSE	100	21	Amb								
1	35	19	107	92 56	69		0	0				100	21	Amb								
2	35.5	21	120	101 62	72		0	4,5	0		MSE	100	21	Amb								
3	35.7	20	103	98 53	66		0	0				100	21	Amb								
4	35.7	19	115	94 55	69		0	0	0		MSE	100	21	Amb								
5	35.2	20	117	119 66	93		0	0				100	21	Amb								
6	35.4	21	90	130 84	95		0	2,3,4,5	Ambulante		MIO	93	21	Amb								
7	35.2	18	77	125 57	93		0	0				97	21	Amb								

TOT: _____ FIJACION: _____ FEHA DE INTUBACION: _____

REGISTRO DIARIO DE CUIDADO Y VALORACIÓN DEL DOLOR NIPS-FLACC-EVA

WESLEY STEVEN
YASCUARAN RODRIGUEZ
RC 110953952/5 P ca/Neonolino
Tel. 3156004595/CARRERA 38 B # 54-46



Serv UCI-Pediatrico
Ent COMPA IA MUNDIAL
Plan
NroEstudio 0
Ubi UCIP CUBICULO 13

9042990

REGISTRO DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS											GLUCOMETRIA
ADMINISTRADOS						BALANCE		ELIMINADOS			
HORA					TOTAL		TOTAL			ORINA	
8	60	12				72	72	-			-
9	60	1				133	133	-			90
10	60	1				194	104	90			-
11	60	1				255	165	90			-
12	60	5				320	230	90			-
13	60	1				381	291	90	D6 = 0.8 cck		
14	60					441	+351	90			
15	60					501	+411	90			
16	60					551	+271	280			200
17	60	10				621	+331	290			
18	60	10				691	+401	290			
19	60	1				751	+451	290	D6hr = 1.3 cck/l		
20	60	1				812	(+)522	290	D12hr = 1.3 cck/l		
21	60	1				873	(+)383	490			200u
22	60	6u				939	(+)449	490			
23	60	1				1000	(+)510	490			
24	60	1				1061	(+)571	490			108mg/dl.
1	60	1				1122	(+)632	490	D=6hr = 1.8 cck/l		
2	60	10u				1192	(+)702	490			
3	60	1				1253	(+)363	890			400u
4	60	6u				1319	(+)429	890			
5	60	1				1380	(+)490	890			
6	60	10u				1450	(+)560	890			
7	60	1				1511	(+)621	890	D=12hr = 2.7 cck/l		

DIURESIS 24HORAS: 2cck/l BALANCE DIA ANTERIOR: _____

PESO: 10kg FORMULA ENTERAL NVO METODO: Succion () Gavaje () Infusion Continua

DIETA: NVO

REGISTRO DIARIO DE CUIDADO Y VALORACIÓN DEL DOLOR NIPS-FLACC-EVA

WESLEY STEVEN YASCUARAN RODRIGUEZ
RC 1109553952/5 A os/Masculino
Tel 3156004596/CARRERA 3B B # 54-46
Serv UCI-Ped.éfrica
Ent: CONPRA IA MUNDIAL
Plan
NroEstudio: 0
Ubi UCIP CUBICULO 1: 9042990

NOMBRES COMPLETOS: Wesley Steven Yaswaran Rodriguez		IDENTIFICACION: EE: 1109553952
EDAD: 5 años	FECHA Y HORA DE INGRESO: 18-10-18	FECHA HOY: 20-Oct-18
HOJA N°: 02	AISLAMIENTO: NO	ALERGIA: NO

DIAGNOSTICOS:
* Politraumatismo en accidente de tránsito
* TCE Severo con hematoma epidural fémora parietal Der.
* Trauma tejidos blandos.

ESCALA DOLOR (Señale con una X la escala correspondiente para este paciente)

NIPS	FLACC	<input checked="" type="checkbox"/> EVA
------	-------	---

Escala Visual Análoga EVA para evaluar el dolor en mayores de 3 años

0 No duele 2 Duele un poco 4 Duele un poco más 6 Duele mucho 8 Duele mucho más 10 Duele el máximo

Escala (Nips) Para Valorar el Dolor En menores de 1 mes.

Parámetro	Hallazgo	Puntaje
Expresión facial	Normal - Relajado, neutral	0
	Gesticulación, Contractura nasolabial / parpados, retracción, ceño fruncido	1
Llanto	No	0
	Leve, quejido, intermitente - Consolable	1
Respiración	Continuo, fuerte, vigoroso, ruidoso,	2
	Normal, bien	0
Movimientos de Brazos	Irregular, agitada, rápida	1
	Relajados, reposo, movilidad intermitente	0
Movimiento de Piernas	Tensos, rígidos, flexión o extensión fuerte o continua	1
	Relajados, reposo, movilidad intermitente	0
Despertar, reactividad	Tensos, rígidos, flexión o extensión fuerte o continua	1
	Normal, tranquilo	0
Frecuencia cardíaca	Siempre despierto, ansioso, agitado	1
	Normal	0
Saturación de O2	Más del 10 - 20 % de la basal	1
	Más del 20 %	2
Saturación de O2	No necesidad de O2 adicional para SO2 normal	0
	Necesidad de O2 adicional para SO2 normal	1

Clasificación dolor	Descripción de la intervención y/o manejo según tipo de dolor
0: No Dolor	0 Vigilancia y ambiente confortable
1 a 3: Dolor Leve	Medidas No Farmacológicas
	1 Baño
	2 Revisión - Cambio de pañal
	3 Masaje, cambios de posición, favorecer el contacto piel a piel, abrazos, caricias, tono de voz afectuoso y cariñoso
	4 Envolver, arropar, Uso de manta térmica cuando se requiera.
	5 Disminuir la iluminación y/ o ruido, cerrando cortinas, apagando las luces, cerrando puerta de cubículo
	6 Lactancia materna y/o vía oral
	7 Succión no nutritiva. (Chupo -entretenedor)
4 a 6: Dolor Moderado	Medidas Farmacológicas
	9 Acetaminofén Según Orden medica
7 a 10: Dolor Severo	Medidas No Farmacológicas: 1- 2- 3- 4- 5- 6 - 7 - 8
	Medidas Farmacológicas
	10 Si no está contraindicada Dipirona Según Orden médica y/o bolos de Opioides (morfina, hidromorfona, tramadol, metadona, fentanyl) Según Orden medica
7 a 10: Dolor Severo	Medidas No Farmacológicas: 1- 2- 3- 4- 5- 6 - 7 - 8
	Medidas Farmacológicas
	11 Considerar Infusión de Opioides Según Orden medica
	12 Interconsulta Clínica del Dolor

Escala FLACC Para Valorar El Dolor En Niños de 1mes hasta los 3 años

Parámetro	puntaje	
Expresión Facial	Normal, Expresión Neutra Cara Relajada	0
	Muecas, Nariz arrugada	1
	Mandíbula Tensa, rostro afligido, Triste	2
Piernas	Relajadas	0
	Inquietas	1
	Flexión, Golpea con los pies	2
Actividad	Acostado, quieto y relajado	0
	Se dobla sobre el abdomen encogiendo las piernas	1
	Quieto, Rígido	2
Llanto	Sin llanto	0
	Se queja, gime	1
	Llanto fuerte , grita	2
Capacidad de Consuelo	Satisfecho, No requiere	0
	Puede Distraerse	1
	No Consolable	2

WESLEY STEVEN
 YASCUARAN RODRIGUEZ
 RC 1109553952/5 A es/Masculino
 Tel 3156004996/CARRERA 38 B # 54-46



Serv UCI-Pediatrica
 Ent CONPRA MUNDIAL
 Plan
 NoEstudio.0
 Ubi UCIP CUBICULO 17

REGISTRO DIARIO DE CUIDADO Y VALORACIÓN DEL DOLOR NIPS-FLACC-EVA

20-Oct/18

STICKER IDENTIFICACION

MONITORIA CONTINUA													CONTROL VENTILACION MECANICA									
HO RA	T*	FR	FC	PAS PAD	PAM	OTRA PRESION	VALORACION DOLOR	INTERVENCION SEGUN DOLOR	NEUROLOGICO	CAMBIOS DE POSICION	ROTACION DE SENSOR	SO2	PIO2	MODO	FR FV	PS	PEEP	Paw	PIP	VI	TVE	
8	35	20	91	130 73	93	Intub	0	0	A	Sup	MSD	98	21	M/A								
9	36	20	95	116 75	89		0	0				99	21									
10	37	20	93	121 63	83		0	0	A	DUD	MSI	99	21	M/A								
11	38	21	93	103 63	76		0	0				98	21									
12	39	21	98	115 69	92		0	2-3	D	Sup	MII	97	21	M/A								
13	39	22	91	94 61	78		0	0				99	21	Amb								
14	39	22	114	105 64	75		0	0	D			99	21	Amb								
15	39	22	102	99 66	78		0	0	D	Señal	MSD	99	21	Amb								
16	39	10	98	96 62	72		0	0	D			100	21	Amb								
17	39	18	96	104 61	72		0	0	A			100	21	Amb								
18	39	20	86	121 68	84		0	0	D		MID	100	21	Amb								
19	39	16	91	109 59	74		0	0	D			100	21	Amb								
20	39	10	109	110 65	81							100	21	Amb								
21																						
22																						
23																						
24																						
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						

TOT: _____ FIJACION: _____ FEHA DE INTUBACION: _____

REGISTRO DIARIO DE CUIDADO Y VALORACIÓN DEL DOLOR NIPS-FLACC-EVA

20-Oct-18

WESLEY STEVEN
YASCUARAN RODRIGUEZ
RC 1109553952/5 A ca/Masculino
Tel. 3156004596/CARRERA 30 B # 54-46

Serv UCI-Pediatría
Ent. COMPA IA NUNDIAL
Plan
NroEstudio D
Ubi UCIP CUBICULO 13

9042990

REGISTRO DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS													GLUCOMETRIA
ADMINISTRADOS							BALANCE	ELIMINADOS					
HORA	LE	MT	NO	TOTAL	TOTAL	ORINA							
8	60	L		61	61								
9	60	L		122	122								
10	60	L		183	183								
11	60	L		244	244								
12	60	L		305	305								
13	10	L		366	366	260							
14	10	L		427	427	260							
15	10	L	50	488	488	260							
16	10	L		549	549	260							
17	10	L		610	610	350							
18	10	5		671	671								
19	10	L		732	732	260							
20													
21													
22													
23													
4													
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													

DIURESIS 24HORAS: _____ BALANCE DIA ANTERIOR: (+) 621

PESO: 18 Kg FORMULA ENTERAL _____ METODO: Succion () Gavaje () Infusion Continua

DIETA: N.V.O

Paciente: **NW-NITO**
 Identificación: **MS 1143026038**
 Fecha de Ingreso: **10/1/18** Servicio: **UCIP** Fecha de apertura de seguimiento: **02/10/2018**
 Tipo de documento: Registro
 Procedencia: **UCIP**

MOTIVO POR EL CUAL SE REALIZA APERTURA DE REGISTRO:
RESULTADO DE ESCALA BRADEN: 8/19
ALTERACIÓN INTEGRIDAD DE PIEL SIN IMPORTAR LA ESCALA
 SI NO INGRESA CON PIEL INTEGRAL: SI NO **X**

Marque con un <input checked="" type="checkbox"/> el resultado de la aplicación de escala de Bárbara Braden:	A	A	A	A	A	A	A	A	A
A: Alto. M: Medio. B: Bajo	M	M	M	M	M	M	M	M	M
	B	B	B	B	B	B	B	B	B

PARA VALORACIÓN DE PIEL DILIGENCIA MARCANDO SOBRE EL SI O NO CON: EN EL ESPACIO EN BLANCO ESCRIBA LAS INICIALES DE ACUERDO AL COMPROMISO DE PIEL Y/O LESIÓN ENCONTRADA

COMPROMISO DE PIEL
COMPROMISO 1 (C1): Piel intacta con enrojecimiento fijo.
COMPROMISO 2 (C2): Pérdida de la integridad de la piel (la herida es rosada o roja).
COMPROMISO 3 (C3): Pérdida completa de la piel y tejido subyacente. Se observa la grasa (tejido celular subcutáneo).
LESIONES CUTÁNEAS POR HUMEDAD.
LESIONES 1 (L1): Por incontinencia urinaria o fecal (OU).
LESIONES 2 (L2): Sudor en pliegues.
LESIONES 3 (L3): Lesión alrededor de la herida por exudado de la misma.
LESIONES 4 (L4): Piel íntegra con edema más exudado.

FECHA:										
18/1/18	14-X	20/10								
Prominencias óseas y talones	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Áreas de pliegues, cuello, área de pañal, perilesionales, periestomales	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Piel sitio de inserción y periférica de tubos, cánulas, máscaras, drenes y catéter	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Áreas de piel con dermatitis, seca, macerada, con descamaciones, eritemas	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

WESLEY STEVEN VASCUARRAN RODRIGUEZ
 RC: 110995382/5 A 05/1983
 Tel: 3158004886/CARRERA 3B B # 54-46
 Serv UCI-Pediatrica
 Ent COPPA IA MUNDIAL
 Pion
 NoEstudio:0
 Ubl UCIp CUBICULO 12
9042990

Valoración pre-anestésica

Registro de Anestesia Página: 1/1 Código: R-CIR-0013 Versión No. 2 Fecha de creación: abril de 2013

DATOS DEL PACIENTE

Fecha de diligenciamiento 18/19/2018 Fecha de cirugía 18/19/2018 Hora _____

Nombres y Apellidos NIN niño (UCPN) Sexo F M Edad 5 Días(es) _____ Mes(es) _____ Año(s) _____ Ocupación _____ Entidad _____

Diagnóstico _____ Procedimiento SCAN Cerebro Cirujano _____

ANTECEDENTES

QUIRÚRGICOS Hemorragia - Infección

ANESTÉSICOS (General, Regional) NVPO - Hipotermia - Dolor incontrolado - Insomnio - Agitación

MÉDICOS (CV, Respiratorio, Renal, Hematológico, Endocrino, GI, Inmunológico, Neurológico, Psiquiátrico, Neuromuscular, Piel)

Medicamentos Tinaína x Aerosolamiento (otaxi)

Alérgicos _____
Tóxicos - Adicciones _____
Ginecoobstétricos: FUM: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES: Problemas de anestesia - Alergias - Hemorragias - Hipercogulación - Anémias - Musculares - Otros _____

EXAMEN FÍSICO

Apariencia general: Buena Mala

Presión arterial mmHg <u>120/80</u>	<input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Decúbito	Frecuencia cardíaca Latidos/min <u>100</u>	Frecuencia respiratoria Respirac./min _____	Pulsoximetría % _____	Temperatura °C _____	Peso Kg _____	Talla m _____	IMC _____
-------------------------------------	--	--	---	-----------------------	----------------------	---------------	---------------	-----------

Cabeza y cuello:

Lentes de contacto No Sí Masas en cuello Sí No

Apertura Oral > 3cm < 3cm Mallampati 1 2 3 4

Dientes Flojos No Sí D. Tiromentoniana > 6.5cm < 6.5cm

Protrusión Dental Sí No D. Esternomentoniana > 12cm < 12cm

Prótesis No Sí

Tórax:

Ruidos cardíacos Normal Anormal Explique: _____

Auscultación pulmonar Normal Anormal Explique: _____

Extremidades: Fácil venopunción para líquidos endovenosos - Insuficiencia venosa - Edemas - Test de Allen _____

Espalda: Fácil para conductiva _____

Otros _____

EXÁMENES

Hb/Hcto _____	Glicemia _____	TSH _____	P de O _____
Leucocitos _____	Creatinina _____	Albúmina _____	EKG / ECO / Esfuerzo / Cateterismo _____
Plaquetas _____	Na+ _____		Rayos X de tórax _____
TP _____	K+ _____		Otros estudios _____
PTT _____	Cl- _____		

PLANES

Riesgo: ASA 1 NYHA _____ Glasgow _____ Otras _____

Preoperatorio: Premedicación: _____ Ayuno: _____ Profilaxis TVP/TEP: _____ Profilaxis antibiótica (PPS): _____ Hemoderivados: _____ Preparación de colon:

Operatorio: Sedación A. Local A. Conductiva A. General IOT INT LMA C. Nasal Monitoría: _____ Compresión neumática:

Postoperatorio: Analgesia: _____ Ambulatorio Hospitalizado Intermedio UCI UCI-Pediátrica UCI-RN

Interconsultas: _____ Otros _____

Nombre del anestesiólogo y firma: [Firma]

Consentimiento para procedimientos anestésicos

Yo, _____ identificado con documento de identidad; Tipo ¹ _____
No, _____, por la presente autorizo a los anestesiólogos del Departamento de Anestesiología del Centro Médico Imbanaco, a realizar en mí o en el (la) paciente _____ el procedimiento anestésico adecuado para la siguiente intervención quirúrgica: _____

Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de la técnica anestésica, así como la posibilidad de cambio durante el mismo procedimiento quirúrgico si fuese necesario. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas.

Entiendo que el anestesiólogo empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante el acto anestésico. Sin embargo soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la anestesia seleccionada y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su administración.

Técnica general y sedación: Complicaciones de la instrumentación y manejo de la vía aérea, lesión de labios y/o dientes, laringoespasma, bronco espasmo, neumonía, bronco aspiración, efectos colaterales de medicamentos, hipotermia, hipertermia, alteraciones cognoscitivas y psicomotoras, sueños o recuerdos intraoperatorios, infarto, tromboembolismo pulmonar, embolia cerebral, arritmias, convulsiones, paro cardiorespiratorio y muerte.

Técnica conductiva neuroaxial: Hematoma, absceso epidural, meningitis, lesión neurológica, cefalea, lumbalgia, síntomas neurológicos transitorios, neurotoxicidad de anestésicos locales y agentes aditivos, vejiga miogénica o retención urinaria, paro cardiorespiratorio y muerte. Además se me explica el manejo del dolor con analgesia peridural ambulatoria con bombas PCA la cual tiene los mismos riesgos de la técnica conductiva.

Bloqueos Regionales. Neurotoxicidad, lesión neurológica, complicaciones sistémicas y vasculares, dolor, limitación funcional, daño ocular, quemaduras o escoriaciones piel, paro cardiorespiratorio y muerte.

También se me han explicado los riesgos relacionados con las enfermedades preexistentes y su incidencia en el resultado final. Se me advierte que hay otros riesgos impredecibles como reacciones alérgicas y/o idiosincrásicas a medicamentos, productos sanguíneos, y/o elementos de monitona.

La anestesia será administrada por uno de los anestesiólogos socio o adscrito del Centro Médico Imbanaco, entendiendo también que puede participar más de uno si llega la hora de cambio de turno.

Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos, y gineco-obstétricos, incluyendo la capacidad de estar embarazada, así como las alergias, consumo de sustancias tóxicas como alcohol, cigarrillo y drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.

Doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia descrita y se me practiquen los procedimientos de monitoria invasiva intraoperatoria necesaria (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos, y potenciales complicaciones.

Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.

PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

TESTIGO
Centro Médico Imbanaco de Cali S.A.
R.M. 50.142.97
C.C. 52.088.641

Firma: _____ Firma: _____

Documento de identidad: Tipo: **CC** No: **52088641** Nombre: _____

Documento de identidad: Tipo: _____ No: _____

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

MÉDICO ANESTESIÓLOGO

Firma: _____ Fecha de diligenciamiento _____
Sello DD MM AA

1 Tipo: CC: Cédula de ciudadanía; CE: Cédula de extranjería; PA: Pasaporte.

Evaluación previa a la inducción

Fecha: 8/19/2018 ASA I TA 110/70 FC 100 FR _____ TEMP _____ Sat 02: _____

Medicamentos _____

1. Responda los cambios de su salud desde la pre-anestesia hasta el día de hoy:

¿Tiene tos o catarro? Si No ¿Esta orinando bien? Si No Tiene heridas o pus en la piel? Si No

¿Ha tenido cefalea o mareos? Si No ¿Tiene cólicos abdominales o diarrea? Si No

¿Tiene algo que agregar usted que considere importante, antes de la anestesia? Si No Esta usted en ayuno? Si No

¿Cuánto tiempo de Ayuno? _____ Tiene exámenes solicitados en la pre-anestesia pendientes? Si No

¿Cuáles? _____

Firma del médico _____

Registro Anestésico

Fecha: X 19 2018
PACIENTE: SCANI

Anestesiólogos: Jorge Velásquez
Cirurgano: _____
Ayudante: _____
Instrumentadora: _____
Circulante: _____

Diagnósticos: _____
Procedimiento: SCANU

Eventos Intraoperatorios

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	

- EVENTOS IOP
- Técnica Anestésica**
- General Inhalatona
 - Intravenosa
 - Multimodal
 - Peridural
 - Espinal
- Agua No Catéter _____
 Nivel punción _____
 Nivel anestésico _____
 Bloqueo _____

- Sedación
 Local controlada
- Vía Aérea**
- Cánula Máscara
 - LMA Frastrach
 - Proseal Flexible
 - IOT INT
 - Fibroscopia
- Tubo doble luz
 Derecho Izquierdo
 Sellick Cormack
- No. _____

Hora	PH	pCO2	paO2	HCO2	SAT	BE	LACT
200							
190							
180							
170							
160							
150							
140							
130							
120							
110							
100							
90							
80							
70							
60							
50							
40							
35							
30							
25							
20							
15							
10							
5							

GASES SANGUÍNEOS

Eliminados	Administrados
Déficit	Lactato Ringer
Pérdidas	Solución salina
Insensibles	Cobaltes
Diuresis	Sangre
Sangrado	Globulos rojos
Otros	Otros
Total	Total

BALANCE DE LIQUIDOS

Traslado a: Fase I de recuperación Anestésica
 Fase II de recuperación Anestésica

UCI UCI-P UCI-RN

VENTILACIÓN
 Modo: _____
 FR: _____
 VM: _____
 Pva: _____
 PEEP: _____

Tiempos: _____
 Inicio de anestesia _____
 Inicio de cirugía _____
 Fin cirugía _____
 Fin anestesia _____

Nota entrega anestesiólogo

Traslado de quirófano a la Unidad de Cuidados Postanestésicos

NN NI 0
 NN NI 0
 HS 1143826038-1/5 R de/Masculino
 Tel 123/NO REGISTRA

 9042990
 Serv UCI-Pediatría
 Ent COMPA IA MUNDIAL
 Plan
 NroEstudio 0
 Ubi-UCIP CUBICULO 1:

Hora de traslado

Complicaciones Intraoperatorias

INGRESA CON

Canalización venosa

Canalización arterial

Hemovac

Catéter Peridural

Catéter Central

Sonda Vesical

Tubo Endotraqueal

Tubo de Tórax

Sonda Nasogástrica Drenaje

Otro(s), ¿ Cual(es)?

VALORACIÓN DE ACUERDO ANESTESIA RECIBIDA A LA SALIDA DEL QUIRÓFANO

ESCALA DE ALDRETTE

SPO2	2	Capaz de mantener saturación de Oxígeno >92% en aire ambiente.
	1	Requiere Oxígeno para mantener saturación de Oxígeno mayor a 90%.
	0	Saturación de Oxígeno < a 90% incluso con suplemento de oxígeno.
CIRCULACION	2	TA+20% del nivel preanestésico.
	1	TA+20%-49% del nivel preanestésico.
	0	TA+50% del nivel preanestésico.
RESPIRACION	2	Capaz de respirar profundamente o toser libremente.
	1	Apnea, respiración limitada o taquipnea.
	0	Apneico o con respiración artificial
MOVIMIENTO	2	Capaz de mover las 4 extremidades voluntariamente o bajo órdenes
	1	Capaz de mover las 2 extremidades voluntariamente o bajo órdenes
	0	Capaz de mover 1 extremidad voluntariamente o bajo órdenes.
CONCIENCIA	2	Despierto.
	1	Despierta al llamado.
	0	Dolor agudo que requiere medicación parenteral
TOTAL		

ESCALA BROMAGUE

0.	No bloqueo motor
1.	Capacidad de sentarse.
2.	Capacidad de flexionar la rodilla con ausencia de debilidad.
3.	Inhabilidad para levantar la pierna extendida , puede mover la rodilla
4.	Inhabilidad para flexionar la rodilla, puede mover el pie solamente.
5.	Inhabilidad para flexionar el tobillo, inhabilidad para mover el pie y la rodilla.

ESCALA RAMSAY

Nivel 1	Paciente agitado, ansioso o inquieto.
Nivel 2	Paciente cooperador, orientado y tranquilo.
Nivel 3	Dormido con respuesta a órdenes.
Nivel 4	Dormido con breves respuestas a la luz y el sonido.
Nivel 5	Dormido con respuesta sólo al dolor.

Eventos detalles del traslado

Órdenes médicas por anestésico para la U.C.P.A.

Hora de alta y de salida UNIDAD DE CUIDADOS POS ANESTESICOS

Firma del médico





PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

PLAN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

WESLEY STEVEN
YASCUARAN RODRIGUEZ
RC 1109553952/5 A m/Masculino
Tel 3156004586/CARRERA 38 B # 54-46



Serv HOSPITALIZACION
Ent. COMPA IA MUNDIAL
Plan
NroEstudio: 0
Ubi HABITACION 503 T
9047003

Fecha de ingreso del paciente a Hospitalización: 20/10/18
Nombre completo del Paciente: Wesley Steven Yasuaran Rodriguez

Numero de Identificación: 1109553952 Edad: 5 A. Peso: ___ kg Talla: ___ cm

Diagnostico: Truqueo craneo encefalico. Antecedentes: Accidente TIO / Politrauma

Medico Tratante: Dra Aquino. Especialidad: Pediatría. Habitación: 503

Entidad: Sont Enfermera Jefe que abre y/o revisa el Kardex: Nathali Página 2 3

FECHA INICIO	INFUSIONES ENDOVENOSAS	cc/hora	FECHA DE SUSPENSIÓN
21/10/18	De 1/2 a 1/4 de 1/1000	1 cc/h	22/10/18

FECHA INICIO	MEDICAMENTO (Nombre y presentación)	DOSIS	FRECUENCIA	VIA	HORARIO	FECHA DE SUSPENSIÓN
18/10/18	Acetaminofen x 150mg/ml	0.5 cc	C/6hr	VO.	18-24-6-12	dd/mm/aa
18/10/18	Dipirona x 100mg/2ml	500 mg	C/8hr	EV	18-2-10	dd/mm/aa
18/10/18	Ephedrin x 250mg	30 mg	C/8hr	EV	14-22-6.	22/10/18
21/10/18	Oxazone x 100mg	20 mg	C/24h	EV	06	dd/mm/aa
22/10/18	Ephedrin x 125mg/ml	45mg	C/8h	V.O	14-22-6.	dd/mm/aa
22/10/18	Sulfato Magnesio 800mg	Aplicación	C/3valda	TOPICO	8-13-22	dd/mm/aa

FECHA INICIO	MEDICAMENTO (Nombre y presentación)	DOSIS	FRECUENCIA	VIA	HORARIO	FECHA DE SUSPENSIÓN
						dd/mm/aa
						dd/mm/aa
						dd/mm/aa
						dd/mm/aa
						dd/mm/aa
						dd/mm/aa

DIETA: Completa

Alergias alimenticias:

Observaciones de Dietas:

- Mamá: Tónica Lisbeth Rodriguez Cel: 31524587057

CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Hay plan de cuidados de enfermería relacionado con el diagnóstico SI NO

Nombre del plan: _____

Registre aquí los cuidados de enfermería a realizar, si no hay un plan predeterminado:

- Control Signos V
- Hoja Neurológica
- Control Le y Ia.
- Cuidados de piel
- Reposo Absoluto
- Cabeceera 30°
- O2 ?
- Vigilar tiempo curda

Riesgos Identificados (SI / NO): Alergias ___ Caídas ___ UPP ___ Aislamiento ___ OTRO: _____

DISPOSITIVOS INVASIVOS

CATETERES CENTRALES, EPIDURALES Y OTROS					VENOPUNCIONES PERIFERICAS			
Tipo de Catéter	Fecha de inserción	Fecha de curación	Fecha de cambio de equipo	Fecha de Retiro	Fecha de inserción	Fecha de cambio de venopunción	Fecha de cambio de Equipo	Flebitis
	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	
	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	

DRENAJES, SONDAS Y OSTOMIAS			ESQUEMA DE INSULINA	RESERVA DE HEMODERIVADOS (Cantidad y Fecha de Reserva)
Tipo de drenaje y/o sonda	Fecha de inserción	Cuidado especial		GLOBULOS ROJOS: FECHA: PLAQUETAS: FECHA: PLASMA: FECHA: CRIOPRECIPITADO: FECHA: OTROS: FECHA:
	dd/mm/aa			

EXAMENES DIAGNÓSTICOS PENDIENTES POR REALIZAR	LABORATORIOS POR TOMAR Y RESULTADOS ALARMA	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PENDIENTES Y OTROS					
RX:	Hb 9,5	Procedimiento	Fecha	Hora	Lugar	Autoriz.	Consen Inform.
RMN:						SI <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
ESCAN: TAC craneo = Hemorragia subaral lateral Agudo, No hemorragia de la línea media						NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
OTROS: TAC control = p. hueso parietal No hemorragia						SI <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
						NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

INTERCONSULTAS PENDIENTES				OTROS:
Fecha de solicitud	Especialidad	Nombre del médico	Valor	R/ TAC craneo simple (21/10) Mama = Tania Rodriguez Hmna = Mileidy Victoria padre = Jean Hernando y de codran padastro = Leo Perdomo.
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	



Tipo documento
Registro

MESLEY STEVEN
YASCUARON RODRIGUEZ
RC 1109553352/5 R. Osa/Masculino
Tel 3158004596/CARRERA 3B B # 54-46

Serv. UCI-Pediátrico
EnticOMPA IA HUNDIAL
Plan
NroEstudio 0
Ubi UCIP CUBICULO 13

9042990

Fecha de Ingreso: 10/x/18

Proceso: UCIRN UCIP

TEMA	INGRESO/ FIRMA	REFUERZO DE EDUCACION		
		FECHA / FIRMA FAMILIAR	FECHA / FIRMA FAMILIAR	FECHA / FIRMA FAMILIAR
Información sobre las normas del servicio y uso de elementos de la habitación o cubículo	<p>146934</p> <p>HEBERTONI</p>			
Educación en higiene de manos				
Educación en Derechos y Deberes.				
Manejo ante emergencias y ruta de evacuación				
Información para la disposición de los residuos				
Educación para la prevención de caídas				
Recomendaciones a seguir para evitar las infecciones y los cuidados cuando el paciente este en aislamiento.				
Educación para la prevención de zonas de presión				
Información al paciente y/o familia sobre su patología y tratamiento.				
Educación para el uso seguro de los medicamentos				
Educación sobre la evaluación y manejo del dolor				
Educación sobre manejo de equipos para terapia respiratoria y sobre manejo del oxígeno al egreso del paciente				
Educación sobre cuidados generales del recién nacido.				
Educación en Lactancia materna, cuidados de Piel				
Información sobre el proceso a seguir para manifestar quejas, sugerencia y/o recomendaciones.				

Fecha: 10/X/18

Tipo Documento Registro

Paciente: **WESLEY STEVEN YASCUARAN RODRIGUEZ** Documento de Identidad: **MS 1143826038-**
RC 1109553952/5 A os/Masculino
Tel 3156004596/CARRERA 30 B N 54-46



Serv UCI-Pediatría
Ent COMPA IA MUNDIAL
Plan
NroEstudio:0
Ubi UCIP CUBICULO 13

9042990

Proceso: UCIP UCIRN



NroEstudio 0
Ubi UCIP CUBICULO 13

9042990

DE VERIFICACION

	SI	NO	NO APLICA
1. Paciente remitido de otra institución: Cual? _____		X	
2. Paciente trasladado desde Cuidado integral de la mujer (), CIRUGIA (), URGENCIAS (✓), ANGIOGRAFIA (), Hospitalización del CMI.	X		
3. Se verifica la historia clínica y exámenes que trae el paciente.	X		
4. Ingresa en compañía de familiar. Quien. _____	X		
5. Se informa a los padres y/o acudiente del paciente que deben dirigirse a admisiones para iniciar el proceso de ingreso administrativo del paciente en hora hábil	X		
6. Se revisa transferencia (Nombre correcto, Edad correcta, Sexo correcto, Identificación correcta, Entidad correcta, Dirección correcta, Teléfonos correctos y Autorización al ingreso).	X		
7. Se verifica que el médico hace firmar el consentimiento informado por los padres y/o acudiente del paciente.	X		
8. Se verifica que el médico realiza la apertura de la historia clínica del paciente en el Siam, posterior a la apertura de hoja de gastos.	X		
9. Se verifica que el paciente traiga ó se le coloque el brazalete de identificación.	X		
10. Se verifica que los padres y/o acudiente del paciente reciban la sensibilización sobre: deberes y derechos, folleto informativo de la UCI y se sensibiliza sobre la higiene de manos.	X		
11. Se informa a los padres y/o acudiente sobre los elementos de uso personal que debe dejarse en la habitación del paciente, igualmente la necesidad de permanencia de un adulto responsable como apoyo al programa de riesgos de caída de paciente.			
12. Se verifica acceso venoso del paciente (Fecha de venopunción, permeabilidad de la vena y si presenta signos de flebitis).	X		
13. Se verifica si el paciente se encuentra recibiendo medicamentos antes del ingreso al CMI (Conciliación medicamentosa)			
14. Se verifica que los padres y/o acudiente están informados sobre la enfermedad, evolución y tratamiento del paciente.			
15. Se verifica con los padres y/o acudientes esquema de vacunación: Hepatitis: Si () No () BCG. Si () No ()			

JOSU

ESCANOGRAFIA

FECHA 19/10/2018 10 34.00 am



ENVIAR A

DOCTOR

PACIENTE

NN NI O NN NI O

D.I. MS 1143826038-1

ESTUDIOS 2062247

TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEEO SIMPLE

ADMISIÓN DEL PACIENTE

	SI	NO	N/A
Verifico identificación del paciente (con los dos identificadores).			
Verifico autorización del procedimiento según orden médica			
Verifico autorización de insumos especiales si los requiere			
Verifico presencia de acompañante adulto			

Se verifica:

Firma de la secretaria _____

ANTES DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO

DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO



Ingreso del paciente



Pre - Trans procedimiento



Recuperación

Verificación de datos del paciente:

	SI	NO	N/A
Identificación correcta del paciente.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Procedimiento correcto a realizar.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Ayuno y/o preparación correcta.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Antecedentes alérgicos. Cuál: _____	<input checked="" type="checkbox"/>		
Consentimiento médico informado y registro de anestesia firmado.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Entrevista clínica por enfermería diligenciada y firmada.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Preparación del paciente para el procedimiento.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Canalización de vena, rotulada correctamente (fecha, hora, No catéter)	<input checked="" type="checkbox"/>		

100/55
597
FC 104

Se verifica:

TÉCNICO			
	SI	NO	N/A
Verificación de funcionamiento de equipos. Resonador , escanógrafo e inyectores de medio de contraste.	<input checked="" type="checkbox"/>		
AUXILIAR DE ENFERMERÍA/ MÉDICO ANESTESIÓLOGO			
	SI	NO	N/A
Máquina de anestesia lista, conectada y funcionando, incluidos gases anestésicos.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Monitoría requerida funcionando.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Acceso venoso permeable.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Laringoscopio, tubos y máscaras disponibles.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Set de medicamentos de anestesia requeridos por el anestesiólogo completos.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Succión lista, conectada y funcionando.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sistema del calentamiento del paciente.	<input checked="" type="checkbox"/>		

Se verifica:

	SI	NO	N/A
Traslado del paciente a sala de recuperación.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Registro de anestesia diligenciado.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Condiciones clínicas del paciente según escala de Aldrette.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Información al familiar sobre estado del paciente.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Tolerancia de vía oral líquida y/o diuresis.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se retira acceso venoso.	<input checked="" type="checkbox"/>		



SALIDA DEL PACIENTE

Se verifica:

	SI	NO	N/A
Paciente sale con acompañante adulto	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se le informa al familiar día para reclamar los resultados del procedimiento.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Entrega de pertenencias			<input checked="" type="checkbox"/>
Se dan recomendaciones sobre cuidados posteriores en casa.			<input checked="" type="checkbox"/>

FIRMA MÉDICO RADIÓLOGO _____

FIRMA MÉDICO ANESTESIÓLOGO _____

FIRMA AUXILIAR DE ENFERMERIA _____

FIRMA JEFE ASISTENCIAL _____

*Esta lista de chequeo es una modificación de la sugerida por la OMS y comité de seguridad SCARE.



LISTA DE CHEQUEO PARA EL INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES AL PROCESO DE HOSPITALIZACION

Página: 2 de 2
 Código: R-HOSP-014
 Versión: 3
 Fecha: Febrero 2017

FECHA: 24-10-18 HORA: _____ HAB.: 503

WESLEY STEVEN
 YASCUARAN RODRIGUEZ
 RC 1109553952/5 A 08/Masculino
 Tel: 3156004526/CARRERA 36 B # 64-46



Serv: HOSPITALIZACION
 Ent: COMPA IA MUNDIAL
 Plan:
 NroEstudio 0
 Uni. HABITACION 503 T

9047003

No.	ACTIVIDADES AL EGRESO DEL PACIENTE	SI	NO	N/A
1	Reviso orden de salida, Formula médica e incapacidad firmada por el médico tratante, así como diligenciamiento de la encuesta de satisfacción al usuario.	✓		
2	Explico a pacientes y/o acompañante tramites de egreso	✓		
3	Entrego ayudas diagnósticas y autorizaciones que se requieren para el egreso dejando Evidencia de recibido	✓		
4	Entrego formula médica con la correspondiente explicación de la administración de medicamentos en casa a paciente y/o acompañante dejando evidencia con firma de recibido.	✓		
5	Brindo educación a paciente y/o acompañante sobre, cuidados en casa, alimentación, signos de alarma, dejando evidencia en H.C enfermería (nota de educación).	✓		
6	Brindo educación a paciente y/o acompañante sobre cuidados y manejo de sondas, ostomias, heridas, catéter central, dejando evidencia en H C la nota de educación por el personal a cargo (Terapia Enterostomal y/o Enfermería).	✓		
7	Realizo retiro de catéter venoso periférico, tapón heparinizado, sondas, según orden médica	✓		
8	Recibo inventario de habitación, verifico que no queden pertenencias del paciente, solicito firma de recibo de habitación con nombre legible y fecha.	✓		
9	Realizo nota de enfermería de egreso en H.C Sistematizada, indicando estado clínico del Paciente al salir del servicio.	✓		
10	Verifico entrega de llave de cajón de seguridad.	✓		

OBSERVACIONES:

Paciente egresa con Hospital en Casa SI NO
 Yo, Tania Rodríguez C. identificado con cédula número: 1130630879, recibí formula médica con las explicaciones correspondientes por parte del profesional de Salud. mamá

Firma Tania Rodríguez

FIRMA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA [Firma]

FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE: Oct 18/18.

NOMBRE DEL PACIENTE: NN.

Procedimiento:

1. Evaluar los criterios clínicos en el ingreso del paciente al Servicio de Urgencias y durante su estancia, diariamente en el turno de la mañana en el momento de la toma de signos vitales.

2. Aplicar las medidas preventivas diariamente en los pacientes que presenten RIESGO DE CAIDA.

NN NI O
NN NI O
RS 1143826038-1/5 A os/Masculino
Tel: 123/NO REGISTRA



Serv Urgencias
Ent: ADMINISTRADORAS
Plan
Nro Estudio 0
Ubl. REAN PD 0 SALA C

9042946

CRITERIOS CLÍNICOS A EVALUAR DIARIAMENTE

	1	2	3	4	5
	APLICA				
Paciente con antecedente de caída.					
Es un paciente menor de 6 años o mayor de 70 años.					
Imitación en la marcha o está alterada y/o necesita ayuda de aparatos ortopédicos para caminar agnóstico: vértigo, patología coronaria o sangrado digestivo u otra que favorezca la caída	X				
Postquirúrgico en sus primeras 24 horas					
Esta bajo el efecto de medicamentos como: sedantes, relajantes, hipnóticos.					
Estado de conciencia o problemas neurológicos (agitación, confusión, desorientación, crisis convulsivas, depresión y riesgo suicida)	X				
Se consideran pacientes con alto riesgo de caída, aquellos que presentan al menos 1 criterio de los arriba mencionados.					
AL IDENTIFICAR EL PACIENTE CON ALTO RIESGO DE CAIDA, COLOCARLE EN EL BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN EL STICKER COLOR LILA.					

PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE APLICA LOS CRITERIOS: Paola Romero.

FIRMA DEL PACIENTE O ACOMPAÑANTE: _____ C.C

APLICAR ESTAS MEDIDAS PREVENTIVAS DIARIAMENTE EN LOS PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDA	1º Día	2º Día	3º Día	4º Día	5º Día
1. El paciente tiene colocado el sticker color LILA que identifica el riesgo de caída del paciente y se realiza educación al paciente y familia sobre el significado del Sticker LILA.	✓				
2. Se informa al paciente, familiar o acompañante sobre la identificación del paciente con riesgo de caída, que debe permanecer con 1 acompañante PERMANENTEMENTE durante su estancia en el servicio y en caso que requiera el acompañante retirarse, debe informar a auxiliar de enfermería.	✓				
3. Se solicita al paciente y familia/acompañante que siempre informen a las auxiliares de enfermería cuando el paciente se va a movilizar fuera de la cama. (Debe ser con movilización asistida).	✓				
4. Se mantienen las barandas de la cama o camilla SIEMPRE ARRIBA.	✓				
5. Se informa al paciente la importancia del uso del timbre cuando lo necesite y que solo la auxiliar de enfermería puede bajar las barandas de la cama o camilla.	✓				
6. Se mantiene la altura de la cama en el nivel más bajo.	✓				
7. Se colocan los artículos personales y lo que requiera el paciente al alcance de su mano.	✓				
8. El paciente durante su estado agudo no debe deambular, ni dirigirse al baño. Se le debe facilitar y asistir con los elementos necesarios para realizar sus necesidades fisiológicas en la camilla dentro del cubículo.	✓				
NOMBRE DE AUX. ENFERMERÍA QUE APLICA LOS CUIDADOS:	<u>Paola</u>				
FIRMA DEL ACOMPAÑANTE QUE RECIBE LA EDUCACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS:					
FECHA DE FINALIZACIÓN RIESGO DE CAÍDA: _____					
NOMBRE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LEVANTA EL PROTOCOLO:					

FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE: 20/10/2018

WESLEY STEVEN
YASCUARAN RODRIGUEZ
RC 1109993952/5 A 08/Masculino
Tel 3156804096/CARRERA 38 B # 54-48



9047003

Serv. HOSPITALIZACIÓN
Ent COMPA IA MUNDIAL
Plan
NroEstudio.0
Ubi:HABITACION 503 T

Procedimiento:

1. Evaluar los criterios clínicos en el ingreso del paciente y diariamente en el turno de la mañana en el momento de la toma de signos vitales.
2. Aplicar las medidas preventivas diariamente en los pacientes que presenten RIESGO DE CAIDA.

CRITERIOS CLÍNICOS A EVALUAR DIARIAMENTE	1° Día	2° Día	3° Día	4° Día	5° Día	6° Día	7° Día
	APLICA						
Edad: Es un paciente menor de 6 años o mayor de 70 años.	✓	✓	✓	✓			
La marcha: Débil o está alterada y/o necesita ayuda de aparatos ortopédicos para caminar.	✓	✓	✓	✓			
Diagnósticos: Vértigo, patología coronaria, incontinencia urinaria, o sangrado digestivo.	✓	✓	✓	✓			
Cirugías: Postquirúrgico en sus primeras 24 horas.	✓	✓	✓	✓			
Recibe alguno de los siguientes medicamentos: sedantes, psicotrópicos, antihipertensivos, diuréticos, laxantes, relajantes musculares.	✓	✓	✓	✓			
Alteraciones de la conciencia: agitación, confusión, desorientación, depresión y riesgo suicida y/o crisis convulsivas.	✓	✓	✓	✓			

Se consideran pacientes con RIESGO de Caída, aquellos que presentan al menos 1 criterio de los arriba mencionados. AL IDENTIFICAR EL PACIENTE CON RIESGO DE CAIDA COLOCARLE EL STICKER LILA EN LA MANILLA DE IDENTIFICACIÓN.

APLICAR ESTAS MEDIDAS PREVENTIVAS DIARIAMENTE EN LOS PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDA	1° Día	2° Día	3° Día	4° Día	5° Día	6° Día	7° Día
SEMANA 1. FECHA:	20/10	21/10	22/10	23/10			
1. El paciente tiene colocado el Sticker LILA en la manilla de identificación que alerta sobre el riesgo de caída del paciente y se realiza educación al paciente y familia sobre el significado del Sticker LILA.	✓	✓	✓	✓			
2. Se solicita al paciente y familia/acompañante que siempre informen a las auxiliares de enfermería cuando el paciente se va a movilizar fuera de la cama. (Debe ser con movilización asistida).	✓	✓	✓	✓			
3. Se mantienen las barandas de la cama SIEMPRE ARRIBA y se educa al paciente para que no baje las barandas y use el timbre de llamado de enfermería cuando requiera moverse.	✓	✓	✓	✓			
4. Se mantiene la altura de la cama en el nivel más bajo.	✓	✓	✓	✓			
5. Acompañar el paciente SIEMPRE al baño. Si el paciente no lo permite (por el respeto a sus derechos y a su privacidad) no dejarlo solo hasta asegurarse de que está bien sujeto a los soportes.	✓	✓	✓	✓			
6. Se informa al paciente la importancia del uso del timbre cuando necesite levantarse y que solo la auxiliar de enfermería puede bajar las barandas de la cama.	✓	✓	✓	✓			
7. Se informa a la familia que el paciente debe permanecer con un (1) acompañante PERMANENTEMENTE.	✓	✓	✓	✓			
8. Se informa al paciente y su familia sobre la importancia del auto cuidado del paciente y seguir las medidas preventivas.	✓	✓	✓	✓			
NOMBRE DE AUX. ENFERMERÍA QUE APLICA LOS CUIDADOS:	Castro	Medina	Leudy	Jimenez			
FIRMA DEL ACOMPAÑANTE QUE RECIBE LA EDUCACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS:	Jesús	Jesús	Jesús	Jesús			



Tipo documento
Registro

MESLEY STEVEN
YASCUARON RODRIGUEZ
RC 1109553392/5 R. Osa/Masculino
Tel 3158004596/CARRERA 3B B # 54-46

Serv. UCI-Pediátrico
EnticOMPA IA HUNDIAL
Plan
NroEstudio 0
Ubi UCIP CUBICULO 13

9042990

Fecha de Ingreso: 20/12/18

Proceso: UCIRN UCIP

TEMA	INGRESO/ FIRMA	REFUERZO DE EDUCACION		
		FECHA / FIRMA FAMILIAR	FECHA / FIRMA FAMILIAR	FECHA / FIRMA FAMILIAR
Información sobre las normas del servicio y uso de elementos de la habitación o cubículo	<p>146934</p> <p>HEBERTONI</p>			
Educación en higiene de manos				
Educación en Derechos y Deberes.				
Manejo ante emergencias y ruta de evacuación				
Información para la disposición de los residuos				
Educación para la prevención de caídas				
Recomendaciones a seguir para evitar las infecciones y los cuidados cuando el paciente este en aislamiento.				
Educación para la prevención de zonas de presión				
Información al paciente y/o familia sobre su patología y tratamiento.				
Educación para el uso seguro de los medicamentos				
Educación sobre la evaluación y manejo del dolor				
Educación sobre manejo de equipos para terapia respiratoria y sobre manejo del oxígeno al egreso del paciente				
Educación sobre cuidados generales del recién nacido.				
Educación en Lactancia materna, cuidados de Piel				
Información sobre el proceso a seguir para manifestar quejas, sugerencia y/o recomendaciones.				



LISTA DE CHEQUEO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS PARA PACIENTES CON RIESGO DE CAIDA

Página: 2/2
Codigo: R-UCIP-011
Version: 001
Fecha de Creacion: Marzo/2017

Marque con una X sobre cada riesgo de caídas
Si el familiar del paciente no:
Si la medida no aplica coloqu
Nombre del Paciente: N
Identificación: 9042990

WESLEY STEVEN YASCUARAN RODRIGUEZ
RC 1.10955352/5 a os/Rescuing
Tel 3156004596/CARRERA 3B # 54-46
Serv UCI-Pediatría
Ent CNPA IA MUNDIAL
Plan
No estudio 0
Ubi UCIP CUBICULO 11
36

Realiza para evitar

- Se identifica al paciente con su respectivo sticker color LILA en el brazalete y se coloca tarjeta LILA en la cama y/o lugar visible
- Se informa al paciente, familiar o acompañante sobre la identificación del paciente con riesgo de caída, que debe permanecer durante el tiempo de visita en caso que requiera el acompañante retirarse, debe informar al personal
- Se informa a la familia y/o acompañante que la movilización del paciente debe ser asistida por el personal asistencial
- Se mantiene la altura de la cama en el nivel más bajo
- Se mantienen las barandas de la cama, camilla, incubadora y/o mesa de calor radiante siempre arriba.
- Se encuentran protectores laterales de la cama colocados de forma correcta protegiendo al paciente por el personal de enfermería encargado
- Se colocan los artículos personales y lo que requiera el paciente al alcance de su mano
- Se realiza acompañamiento por el personal de enfermería en el desplazamiento y realización de baño en ducha.
- Si el paciente se encuentra desorientado, agitado por procedimientos o medicamentos o está en posición antreflujo se utilizan inmovilizadores según los establecidos en el servicio para sujetarlo con previa y formación y autorización del familiar y/o acompañante
Sujeción de extremidades 1 () Sujeción de torax 2 () Sujeción de peivis 3 ()
- Se informa al paciente y sus acompañantes sobre las medidas preventivas que se implementan para evitar caídas del paciente: identificación colocación de rotulo color LILA, mantener las barandas siempre arriba, colocación de protectores laterales, utilización de sistemas de sujeción.
- Se verifica el entendimiento del familiar encargado del paciente sobre las medidas preventivas establecidas en la unidad pediátrica.

Nombre de quien aplica las medidas de prevención

Firma de Padre y/o Familiar del Paciente: JOSÉ YASCUARAN Cedula: 140678394
Firma de Padre y/o Familiar del Paciente: _____ Cedula: _____
Firma de Padre y/o Familiar del Paciente: _____ Cedula: _____



LISTA DE CHEQUEO DE MEDIDAS PREVENTIVAS PARA PACIENTES CON RIESGO DE CAIDA

Página: 1/2
Codigo R-UCIP-011
Version: 002
Fecha de Creacion: Septiembre/2017

Proceso: UCIP UCRN

Nombre Del Paciente:

Identificación:

WESLEY STEVEN
VASCUJARAN RODRIGUEZ
RC: 10353392/5 A 03/Humboldt
Tel: 31156004556/CARRERA 38 B # 54-46
Serv UCI-Pediatrica
Ent CENPR IA MUNDIAL
Plan
Nra estudio 0
Ubi UCIP CUBICULO 13
9042990

Procedimiento:

1. Evaluar los criterios clínicos en el ingreso del paciente al Servicio y durante su estancia diariamente
2. Aplicar las medidas preventivas diariamente en los pacientes que presenten RIESGO DE CAIDA.
3. Marque SI en el criterio que le aplique a su paciente

Fecha	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8	Día 9	Día 10	Día 11	Día 12	Día 13	Día 14
CRITERIOS CLÍNICOS A EVALUAR DIARIAMENTE	SI	SI	SI											
Paciente con antecedente de caída.			NO											
Es un paciente menor de 5 años o mayor de 70 años.														
Limitación en la marcha o está alterada y/o necesita ayuda de aparatos ortopédicos para caminar														
Diagnóstico: vértigo, patología coronaria o sangrado digestivo u otra que favorezca la caída	NO	NO	NO											
Esta bajo el efecto de medicamentos como: sedantes, relajantes, hipnóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos inotrópicos	NO	NO	NO											
Paciente con cables de monitoria continúa hemodinámica, catéteres, equipos endovenosos, tubos o drenes	SI	SI	SI											
Estado de conciencia o problemas neurológicos (agitación, confusión, desorientación, crisis convulsivas, depresión y riesgo suicida)	SI	SI	SI											
NOMBRE DEL PERSONAL ASISTENCIAL QUE EVALUA LOS CRITERIOS														

Se consideran pacientes con RIESGO DE CAIDA, aquellos que presentan al menos 1 criterio de los arriba mencionados; al identificar el paciente con RIESGO DE CAIDA, coloque el sticker LILA en el brazalete de identificación y su respectiva tarjeta LILA en la cama o en un lugar visible.

Fecha: 10/X/18

Tipo Documento Registro

Paciente: **WESLEY STEVEN YASCUARAN RODRIGUEZ** Documento de Identidad: **MS 1143826038-**
RC 1109553952/5 A os/Masculino
Tel 3156004596/CARRERA 30 B N 54-46



Serv UCI-Pediatría
Ent COMPA IA MUNDIAL
Plan
NroEstudio:0
Ubi UCIP CUBICULO 13

9042990

Proceso: UCIP UCIRN



NroEstudio 0
Ubi UCIP CUBICULO 13

9042990

DE VERIFICACION

	SI	NO	NO APLICA
1. Paciente remitido de otra institución: Cual? _____		X	
2. Paciente trasladado desde Cuidado integral de la mujer (), CIRUGIA (), URGENCIAS (✓), ANGIOGRAFIA (), Hospitalización del CMI.	X		
3. Se verifica la historia clínica y exámenes que trae el paciente.	X		
4. Ingresa en compañía de familiar. Quien. _____	X		
5. Se informa a los padres y/o acudiente del paciente que deben dirigirse a admisiones para iniciar el proceso de ingreso administrativo del paciente en hora hábil	X		
6. Se revisa transferencia (Nombre correcto, Edad correcta, Sexo correcto, Identificación correcta, Entidad correcta, Dirección correcta, Teléfonos correctos y Autorización al ingreso).	X		
7. Se verifica que el médico hace firmar el consentimiento informado por los padres y/o acudiente del paciente.	X		
8. Se verifica que el médico realiza la apertura de la historia clínica del paciente en el Siam, posterior a la apertura de hoja de gastos.	X		
9. Se verifica que el paciente traiga ó se le coloque el brazalete de identificación.	X		
10. Se verifica que los padres y/o acudiente del paciente reciban la sensibilización sobre: deberes y derechos, folleto informativo de la UCI y se sensibiliza sobre la higiene de manos.	X		
11. Se informa a los padres y/o acudiente sobre los elementos de uso personal que debe dejarse en la habitación del paciente, igualmente la necesidad de permanencia de un adulto responsable como apoyo al programa de riesgos de caída de paciente.			
12. Se verifica acceso venoso del paciente (Fecha de venopunción, permeabilidad de la vena y si presenta signos de flebitis).	X		
13. Se verifica si el paciente se encuentra recibiendo medicamentos antes del ingreso al CMI (Conciliación medicamentosa)			
14. Se verifica que los padres y/o acudiente están informados sobre la enfermedad, evolución y tratamiento del paciente.			
15. Se verifica con los padres y/o acudientes esquema de vacunación: Hepatitis: Si () No () BCG. Si () No ()			

JOSU

ESCANOGRAFIA

FECHA 19/10/2018 10 34.00 am



ENVIAR A

DOCTOR

PACIENTE

NN NI O NN NI O

D.I. MS 1143826038-1

ESTUDIOS 2062247

TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEEO SIMPLE

ADMISIÓN DEL PACIENTE

	SI	NO	N/A
Verifico identificación del paciente (con los dos identificadores).			
Verifico autorización del procedimiento según orden médica			
Verifico autorización de insumos especiales si los requiere			
Verifico presencia de acompañante adulto			

Se verifica:

Firma de la secretaria

ANTES DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO

DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO



Ingreso del paciente



Pre - Trans procedimiento



Recuperación

Verificación de datos del paciente:

	SI	NO	N/A
Identificación correcta del paciente.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Procedimiento correcto a realizar.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Ayuno y/o preparación correcta.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Antecedentes alérgicos. Cuál:	<input checked="" type="checkbox"/>		
Consentimiento médico informado y registro de anestesia firmado.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Entrevista clínica por enfermería diligenciada y firmada.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Preparación del paciente para el procedimiento.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Canalización de vena, rotulada correctamente (fecha, hora, No catéter)	<input checked="" type="checkbox"/>		

100/55
597
FC 104

Se verifica:

TÉCNICO	SI	NO	N/A
Verificación de funcionamiento de equipos. Resonador, escanógrafo e inyectores de medio de contraste.	<input checked="" type="checkbox"/>		
AUXILIAR DE ENFERMERÍA/ MÉDICO ANESTESIÓLOGO	SI	NO	N/A
Máquina de anestesia lista, conectada y funcionando, incluidos gases anestésicos.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Monitoría requerida funcionando.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Acceso venoso permeable.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Laringoscopio, tubos y máscaras disponibles.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Set de medicamentos de anestesia requeridos por el anestesiólogo completos.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Succión lista, conectada y funcionando.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sistema del calentamiento del paciente.	<input checked="" type="checkbox"/>		

Se verifica:

	SI	NO	N/A
Traslado del paciente a sala de recuperación.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Registro de anestesia diligenciado.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Condiciones clínicas del paciente según escala de Aldrette.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Información al familiar sobre estado del paciente.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Tolerancia de vía oral líquida y/o diuresis.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se retira acceso venoso.	<input checked="" type="checkbox"/>		



SALIDA DEL PACIENTE

Se verifica:

	SI	NO	N/A
Paciente sale con acompañante adulto	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se le informa al familiar día para reclamar los resultados del procedimiento.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Entrega de pertenencias			<input checked="" type="checkbox"/>
Se dan recomendaciones sobre cuidados posteriores en casa.			<input checked="" type="checkbox"/>

FIRMA MÉDICO RADIÓLOGO

FIRMA MÉDICO ANESTESIÓLOGO

FIRMA AUXILIAR DE ENFERMERIA

FIRMA JEFE ASISTENCIAL

*Esta lista de chequeo es una modificación de la sugerida por la OMS y comité de seguridad SCARE.



LISTA DE CHEQUEO PARA EL INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES AL PROCESO DE HOSPITALIZACION

Página: 2 de 2
 Código: R-HOSP-014
 Versión: 3
 Fecha: Febrero 2017

FECHA: 24-10-18 HORA: _____ HAB.: 503

WESLEY STEVEN
 YASCUARAN RODRIGUEZ
 RC 1109553952/5 A 08/Masculino
 Tel: 3156004526/CARRERA 36 B # 64-46

Serv: HOSPITALIZACION
 Ent: COMPA IA MUNDIAL
 Plan:
 NroEstudio 0
 Uni: HABITACION 503 T

9047003

No.	ACTIVIDADES AL EGRESO DEL PACIENTE	SI	NO	N/A
1	Reviso orden de salida, Formula médica e incapacidad firmada por el médico tratante, así como diligenciamiento de la encuesta de satisfacción al usuario.	✓		
2	Explico a pacientes y/o acompañante tramites de egreso	✓		
3	Entrego ayudas diagnósticas y autorizaciones que se requieren para el egreso dejando Evidencia de recibido	✓		
4	Entrego formula médica con la correspondiente explicación de la administración de medicamentos en casa a paciente y/o acompañante dejando evidencia con firma de recibido.	✓		
5	Brindo educación a paciente y/o acompañante sobre, cuidados en casa, alimentación, signos de alarma, dejando evidencia en H.C enfermería (nota de educación).	✓		
6	Brindo educación a paciente y/o acompañante sobre cuidados y manejo de sondas, ostomias, heridas, catéter central, dejando evidencia en H C la nota de educación por el personal a cargo (Terapia Enterostomal y/o Enfermería).	✓		
7	Realizo retiro de catéter venoso periférico, tapón heparinizado, sondas, según orden médica	✓		
8	Recibo inventario de habitación, verifico que no queden pertenencias del paciente, solicito firma de recibo de habitación con nombre legible y fecha.	✓		
9	Realizo nota de enfermería de egreso en H.C Sistematizada, indicando estado clínico del Paciente al salir del servicio.	✓		
10	Verifico entrega de llave de cajón de seguridad.	✓		

OBSERVACIONES: _____

Paciente egresa con Hospital en Casa SI NO
 Yo, Tania Rodríguez C. identificado con cédula número: 1130636879, recibí formula médica con las explicaciones correspondientes por parte del profesional de Salud. mamá

Firma Tania Rodríguez

FIRMA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA [Firma]

FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE: Oct 18/18.

NOMBRE DEL PACIENTE: NN.

Procedimiento:

1. Evaluar los criterios clínicos en el ingreso del paciente al Servicio de Urgencias y durante su estancia, diariamente en el turno de la mañana en el momento de la toma de signos vitales.

2. Aplicar las medidas preventivas diariamente en los pacientes que presenten RIESGO DE CAIDA.

NN NI O
NN NI O
RS 1143826038-1/5 A os/Masculino
Tel: 123/NO REGISTRA



Serv Urgencias
Ent: ADMINISTRADORAS
Plan
Nro Estudio 0
Ubl. REAN PD 0 SALA C

9042946

CRITERIOS CLÍNICOS A EVALUAR DIARIAMENTE

	1	2	3	4	5
	APLICA				
Paciente con antecedente de caída.					
Es un paciente menor de 6 años o mayor de 70 años.					
Imitación en la marcha o está alterada y/o necesita ayuda de aparatos ortopédicos para caminar agnóstico: vértigo, patología coronaria o sangrado digestivo u otra que favorezca la caída	X				
Postquirúrgico en sus primeras 24 horas					
Esta bajo el efecto de medicamentos como: sedantes, relajantes, hipnóticos.					
Estado de conciencia o problemas neurológicos (agitación, confusión, desorientación, crisis convulsivas, depresión y riesgo suicida)	X				
Se consideran pacientes con alto riesgo de caída, aquellos que presentan al menos 1 criterio de los arriba mencionados.					
AL IDENTIFICAR EL PACIENTE CON ALTO RIESGO DE CAIDA, COLOCARLE EN EL BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN EL STICKER COLOR LILA.					

PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE APLICA LOS CRITERIOS: Paola Romero.

FIRMA DEL PACIENTE O ACOMPAÑANTE: _____ C.C

APLICAR ESTAS MEDIDAS PREVENTIVAS DIARIAMENTE EN LOS PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDA	1º Día	2º Día	3º Día	4º Día	5º Día
1. El paciente tiene colocado el sticker color LILA que identifica el riesgo de caída del paciente y se realiza educación al paciente y familia sobre el significado del Sticker LILA.	✓				
2. Se informa al paciente, familiar o acompañante sobre la identificación del paciente con riesgo de caída, que debe permanecer con 1 acompañante PERMANENTEMENTE durante su estancia en el servicio y en caso que requiera el acompañante retirarse, debe informar a auxiliar de enfermería.	✓				
3. Se solicita al paciente y familia/acompañante que siempre informen a las auxiliares de enfermería cuando el paciente se va a movilizar fuera de la cama. (Debe ser con movilización asistida).	✓				
4. Se mantienen las barandas de la cama o camilla SIEMPRE ARRIBA.	✓				
5. Se informa al paciente la importancia del uso del timbre cuando lo necesite y que solo la auxiliar de enfermería puede bajar las barandas de la cama o camilla.	✓				
6. Se mantiene la altura de la cama en el nivel más bajo.	✓				
7. Se colocan los artículos personales y lo que requiera el paciente al alcance de su mano.	✓				
8. El paciente durante su estado agudo no debe deambular, ni dirigirse al baño. Se le debe facilitar y asistir con los elementos necesarios para realizar sus necesidades fisiológicas en la camilla dentro del cubículo.	✓				
NOMBRE DE AUX. ENFERMERÍA QUE APLICA LOS CUIDADOS:	<u>Paola</u>				
FIRMA DEL ACOMPAÑANTE QUE RECIBE LA EDUCACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS:					
FECHA DE FINALIZACIÓN RIESGO DE CAÍDA: _____					
NOMBRE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LEVANTA EL PROTOCOLO:					

FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE: 20/10/2018

WESLEY STEVEN
YASCUARAN RODRIGUEZ
RC 1109993952/5 A 08/Masculino
Tel 3156804096/CARRERA 30 B # 54-48



9047003

Serv. HOSPITALIZACIÓN
Ent COMPA IA MUNDIAL
Plan
NroEstudio.0
Ubi:HABITACION 503 T

Procedimiento:

1. Evaluar los criterios clínicos en el ingreso del paciente y diariamente en el turno de la mañana en el momento de la toma de signos vitales.
2. Aplicar las medidas preventivas diariamente en los pacientes que presenten RIESGO DE CAIDA.

CRITERIOS CLÍNICOS A EVALUAR DIARIAMENTE	1° Día	2° Día	3° Día	4° Día	5° Día	6° Día	7° Día
	APLICA						
Edad: Es un paciente menor de 6 años o mayor de 70 años.	✓	✓	✓	✓			
La marcha: Débil o está alterada y/o necesita ayuda de aparatos ortopédicos para caminar.	✓	✓	✓	✓			
Diagnósticos: Vértigo, patología coronaria, incontinencia urinaria, o sangrado digestivo.	✓	✓	✓	✓			
Cirugías: Postquirúrgico en sus primeras 24 horas.	✓	✓	✓	✓			
Recibe alguno de los siguientes medicamentos: sedantes, psicotrópicos, antihipertensivos, diuréticos, laxantes, relajantes musculares.	✓	✓	✓	✓			
Alteraciones de la conciencia: agitación, confusión, desorientación, depresión y riesgo suicida y/o crisis convulsivas.	✓	✓	✓	✓			

Se consideran pacientes con RIESGO de Caída, aquellos que presentan al menos 1 criterio de los arriba mencionados. AL IDENTIFICAR EL PACIENTE CON RIESGO DE CAIDA COLOCARLE EL STICKER LILA EN LA MANILLA DE IDENTIFICACIÓN.

APLICAR ESTAS MEDIDAS PREVENTIVAS DIARIAMENTE EN LOS PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDA	1° Día	2° Día	3° Día	4° Día	5° Día	6° Día	7° Día
SEMANA 1. FECHA:	20/10	21/10	22/10	23/10			
1. El paciente tiene colocado el Sticker LILA en la manilla de identificación que alerta sobre el riesgo de caída del paciente y se realiza educación al paciente y familia sobre el significado del Sticker LILA.	✓	✓	✓	✓			
2. Se solicita al paciente y familia/acompañante que siempre informen a las auxiliares de enfermería cuando el paciente se va a movilizar fuera de la cama. (Debe ser con movilización asistida).	✓	✓	✓	✓			
3. Se mantienen las barandas de la cama SIEMPRE ARRIBA y se educa al paciente para que no baje las barandas y use el timbre de llamado de enfermería cuando requiera moverse.	✓	✓	✓	✓			
4. Se mantiene la altura de la cama en el nivel más bajo.	✓	✓	✓	✓			
5. Acompañar el paciente SIEMPRE al baño. Si el paciente no lo permite (por el respeto a sus derechos y a su privacidad) no dejarlo solo hasta asegurarse de que está bien sujeto a los soportes.	✓	✓	✓	✓			
6. Se informa al paciente la importancia del uso del timbre cuando necesite levantarse y que solo la auxiliar de enfermería puede bajar las barandas de la cama.	✓	✓	✓	✓			
7. Se informa a la familia que el paciente debe permanecer con un (1) acompañante PERMANENTEMENTE.	✓	✓	✓	✓			
8. Se informa al paciente y su familia sobre la importancia del auto cuidado del paciente y seguir las medidas preventivas.	✓	✓	✓	✓			
NOMBRE DE AUX. ENFERMERÍA QUE APLICA LOS CUIDADOS:	Castro	Prudencia	Kendy	Prudencia			
FIRMA DEL ACOMPAÑANTE QUE RECIBE LA EDUCACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS:	Jesus	Jesus	Jesus	Jesus			

FECHA DE LA ENTREVISTA:

A. Verificar si:

- El paciente tiene alteraciones en estado de conciencia: como agitación, confusión, desorientación o convulsiones. Si: , No: X
- Limitaciones al caminar: Si: , No: X
- Menor a 5 años o mayor a 70 años: Si: , No: X

NOTA: Si el paciente cumple con alguno de los criterios anteriores el paciente requiere **ACOMPANAMIENTO CONTINUO**.

B. Un procedimiento de Resonancia Magnética puede durar de 15 a 60 minutos, en ocasiones especiales un poco más. El técnico de Resonancia le explicará a usted cualquier duda antes del procedimiento.

C. Datos clínicos:
Accidente de tránsito golpe en cabeza,
Fiebre, dolor de cabeza 18 octubre.

D. Antecedentes quirúrgicos:
NO CX.

- E.** Dispone de estudios anteriores Si # **NO** X
- F.** Requiere resultado de creatinina: Si No X Depuración
- G.** Usted debe retirarse todas las joyas, tarjetas con banda magnética, reloj, documentos, llaves, anteojos y no tener adornos en su cabello. Sus bolsillos deben estar completamente vacíos. Se le proveerá un casillero (locker) para guardar todos estos elementos y su bata para entrar adecuadamente al examen.

H. Por favor señale con (x) si tiene alguno de los siguientes dispositivos en su cuerpo. Si no los tiene favor dejar espacio en blanco.

Marcapaso cardiaco.....	<input type="checkbox"/>	Clips en aneurisma....	<input type="checkbox"/>
Desfibrilador cardíaco implantado....	<input type="checkbox"/>	Neuroestimulador.....	<input type="checkbox"/>
Bioestimulador.....	<input type="checkbox"/>	Electrodos internos.....	<input checked="" type="checkbox"/>
Implantes cocleares, auditivos.....	<input type="checkbox"/>	Bomba de insulina.....	<input type="checkbox"/>
Material de embolización.....	<input checked="" type="checkbox"/>	Filtro venoso o Stent....	<input type="checkbox"/>
Cuerpos extraños/proyectiles, balas...	<input type="checkbox"/>	Prótesis de pene.....	<input type="checkbox"/>
Grapas quirúrgica.....	<input type="checkbox"/>	Catéteres.....	<input type="checkbox"/>
Stent cardiaco.....	<input type="checkbox"/>	Implante dental.....	<input type="checkbox"/>
Maquillaje permanente.....	<input type="checkbox"/>	Tatuajes.....	<input type="checkbox"/>

RESONANCIA MAGNETICA
FECHA 17/11/2018 5 46 00 am
ENVIAR A
DOCTOR
PACIENTE
WESLEY STEVEN YASCUARAN RODRIGUEZ
D I RC 1109553952
ESTUDIOS 2075026
RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO



1. Aunque la Resonancia Magnética no produce ningún efecto biológico en las personas, hay situaciones en las que el estudio se puede ver alterado técnicamente, por lo que es necesario que nos responda el siguiente cuestionario:

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|-------------------------------------|
| 1. Le han realizado resonancias previas..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Es usted claustrofóbico-a..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Le han realizado algún procedimiento o cirugía.....
En la cabeza? (clipaje de aneurisma, cirugías de Oídos, etc.)
Cual: _____ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Ha tenido accidentes en sus ojos por materiales Metálicos?..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. Está en embarazo o tiene sospecha?..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. Esta amamantando?..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Se da educación al paciente sobre el uso de la activación del timbre (perilla), en Caso de sentir alguna incomodidad como (sensación de hormigueo, dolor, Ardor), durante la toma del examen.

PARA EL PACIENTE:

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CORRECTA, HE LEÍDO Y ENTENDIDO EL CONTENIDO DE ÉSTA Y APRUEBO LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO DE RMN QUE ME SERÁ REALIZADO.

NOMBRE PACIENTE O ACUDIENTE: _____

FIRMA: Tania Rodríguez C.C: 1130636879

TALLA (cm): _____ PESO (Kg): 21 K

PARA EL PERSONAL

En caso de que el paciente sea remitido favor colocar nombre y cargo de quien realiza La entrevista.

NOMBRE: _____

CARGO: _____

ESTUDIO RMN A REALIZAR:

Resonancia Mundial de Seguros

TECNÓLOGO RMN: _____

AUXILIAR QUE REALIZA LA ENTREVISTA:

Lizeth Garza

NOTA: En caso de cumplir con alguno de los criterios del literal H y/o I debe realizarse la nota en la historia clínica una vez sea dada la explicación respectiva al paciente.

Valoración pre-anestésica

Registro de Anestesia Página: 1/1 Código: R-CIR-0013 Versión No. 2 Fecha de creación: abril de 2013

DATOS DEL PACIENTE

Fecha de diligenciamiento **NOV 17 / 18** Fecha de cirugía **NOV / 17 / 18**, Hora _____
 Nombres y Apellidos **Weslin Steven Yascuaron Rodriguez** Sexo F M Edad **5 años** Día(s) _____ Mes(es) _____ Año(s) _____ Ocupación _____ Entidad **SODT.**
 Diagnóstico **T.C.E.** Procedimiento **RMN Cerebro bajo Anest.** Cirujano **Luis Albato Garcia**

ANTECEDENTES

QUIRÚRGICOS Hemorragia Infección
ANESTÉSICOS (General, Regional) NVPO - Hipertensión - Dolor incontrolado - Insomnio - Agitación
MÉDICOS (CV Respiratorio Renal Hematológico Endocrino GI Inmunológico Neurológico Psiquiátrico Neuromuscular Piel)

Medicamentos

Alérgicos
 Transfusionales
 Hemorrágicos
 Tóxicos - Adicciones
 Ginecoobstétricos FUM

- **Sareu**
 - **TCE** → **X - 18** → **P.C (?)**
 - **sin deficit** = **secular**
 - **Presento fracturas** - **TAC** → **Hematoma**

ANTECEDENTES FAMILIARES: Problemas de anestesia - Alergias - Hemorragias - Hipercoagulación - Anémias - Músculares - Otros

EXAMEN FÍSICO

Apariencia general **buce sano**

Presión arterial mmHg **105/60** Sentado Decubito
 Frecuencia cardíaca Latidos/min **96**
 Frecuencia respiratoria Respirac./min **16**
 Pulsoximetría % **98**
 Temperatura °C _____
 Peso Kg **21**
 Talla m **1.10**
 IMC _____

Cabeza y cuello:
 Lentes de contacto No Si Masas en cuello Si No
 Apertura Oral > 3cm < 3cm Mal'ampat **1 2 3 4**
 Dientes Flojos No Si D Tiromentoniana > 6.5cm < 6.5cm
 Protrusión Dental Si No D Estemomentoniana > 12cm < 12cm
 Prótesis No Si

Tórax:
 Ruidos cardíacos **Y** Normal Explique Anormal
 Auscultación pulmonar **X** Normal Explique Anormal

Abdomen **U**

Extremidades: Fácil venopunción para líquidos endovenosos Insuficiencia venosa Edemas Test de Allen
 Espalda Fácil para conductiva **U**
 Otros _____

EXÁMENES

Hb/Hcto	Glicemia	TSH	Pleuro
Leucocitos	Creatinina	Albumina	EKG / ECO / Esfuerzo / Cateterismo
Plaquetas	Na+		Rayos X de tórax
TP	K+		Otros estudios
PTT	Cl-		

PLANES

Riesgo: ASA **I** NYHA **I** Glasgow **15** Otras _____
 Preoperatorio: Premedicación **Ayuno** Profilaxis TVP/TEP _____ Profilaxis antibiótica (PPS) _____ Hemoderivados _____ Preparación de colon
 Operatorio: Sedación A. Local A. Conductiva A. General IOT INT LMA C. Nasal Monitoría _____ Compresión neumática
 Postoperatorio: Analgesia **Ambulatorio** **Hospitalizado** **Intermedio** **UCI** **UCI-Pediátrica** **UCI-RN**

Interconsultas:

Nombre del anestesiólogo y firma

Otros _____

 1 / 4

consentimiento para procedimientos anestésicos

Yo, _____, identificado con documento de identidad, Tipo ¹ No, _____, por la presente autorizo a los anestesiólogos del Departamento de Anestesiología del Centro Médico Imbanaco, a realizar en mí o en el (la) paciente _____ el procedimiento anestésico adecuado para la siguiente intervención quirúrgica:

Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de la técnica anestésica, así como la posibilidad de cambio durante el mismo procedimiento quirúrgico si fuese necesario. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas.

Entiendo que el anestesiólogo empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante el acto anestésico. Sin embargo soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la anestesia seleccionada y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su administración.

Técnica general y sedación: Complicaciones de la instrumentación y manejo de la vía aérea, lesión de labios y/o dientes, laringoespasma, broncoespasmo, neumonía, bronco aspiración, efectos colaterales de medicamentos, hipotermia, hipertermia, alteraciones cognitivas y psicomotoras, sueños o recuerdos intraoperatorios, infarto, tromboembolismo pulmonar, embolia cerebral, arritmias, convulsiones, paro cardiorespiratorio y muerte.

Técnica conductiva neuroaxial: Hematoma, absceso epidural, meningitis, lesión neurológica, cefalea, lumbalgia, síntomas neurológicos transitorios, neurotoxicidad de anestésicos locales y agentes aditivos, vejiga miogénica o retención urinaria, paro cardiorespiratorio y muerte. Además se me explica el manejo del dolor con analgesia peridural ambulatoria con bombas PCA la cual tiene los mismos riesgos de la técnica conductiva.

Bloqueos Regionales: Neurotoxicidad, lesión neurológica, complicaciones sistémicas y vasculares, dolor, limitación funcional, daño ocular, quemaduras o escoriaciones piel, paro cardiorespiratorio y muerte.

También se me han explicado los riesgos relacionados con las enfermedades preexistentes y su incidencia en el resultado final. Se me advierte que hay otros riesgos impredecibles como reacciones alérgicas y/o idiosincrásicas a medicamentos, productos sanguíneos, y/o elementos de monitoria.

La anestesia será administrada por uno de los anestesiólogos socio o adscrito del Centro Médico Imbanaco, entendiéndolo también que puede participar más de uno si llega la hora de cambio de turno.

Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos, y gineco-obstétricos, incluyendo la capacidad de estar embarazada, así como las alergias, consumo de sustancias tóxicas como alcohol, cigarrillo y drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.

Doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia descrita y se me practiquen los procedimientos de monitoria invasiva intraoperatoria necesaria (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos, y potenciales complicaciones.

Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.

PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

TESTIGO

Firma: Tonia Rodriguez

Firma:

Documento de identidad, Tipo CC No: 1130636879 Nombre:

Documento de identidad, Tipo: No:

Madre: Tania Rodriguez

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

MÉDICO ANESTESIOLOGO

Firma:

Fecha de diligenciamiento

Sello

DD

MM

AA

16229291

1 Tipo: CC Cédula de ciudadanía; CE. Cédula de extranjería; PA: Pasaporte

Evaluación previa a la inducción

Fecha: NOV/17/18 I TA 100/60 FC 68 FR 16 TEMP 36.6 Sat 02: 9.6

Medicamentos

1. Responda los cambios de su salud desde la pre-anestesia hasta el día hoy:

- ¿Tiene tos o catarro? Si No ¿Esta orinando bien? Si No Tiene heridas o pus en la piel? Si No
¿Ha tenido cefalea o mareos? Si No ¿Tiene cólicos abdominales o diarrea? Si No
¿Tiene algo que agregar usted que considere importante, antes de la anestesia? Si No Esta usted en ayuno? Si No
¿Cuánto tiempo de Ayuno? > 6h Tiene exámenes solicitados en la pre anestesia pendientes? Si No
¿Cuáles?

Firma del médico

	Hora de traslado	Complicaciones Intraoperatorias	
	INGRESA CON	Catéter Peridural	Tubo de Tórax
Sticker	Canalización venosa	Catéter Central	Sonda Nasogástrica Drenaje
	Canalización arterial	Sonda Vesical	Otro(s), ¿ Cual(es)? _____
	Hemovac	Tubo Endotraqueal _____	

VALORACIÓN DE ACUERDO ANESTESIA RECIBIDA A LA SALIDA DEL QUIRÓFANO

ESCALA DE ALDRETTE

SPO2	2	Capaz de mantener saturación de Oxígeno >92% en aire ambiente
	1	Requiere Oxígeno para mantener saturación de Oxígeno mayor a 90%
	0	Saturación de Oxígeno < a 90% incluso con suplemento de oxígeno
CIRCULACION	2	TA+/-20% del nivel preanestésico
	1	TA+/-20%-49% del nivel preanestésico
	0	TA+/-50% del nivel preanestésico
RESPIRACION	2	Capaz de respirar profundamente o toser libremente
	1	Apnea, respiración limitada o taquipnea
	0	Apnéico o con respiración artificial
MOVIMIENTO	2	Capaz de mover las 4 extremidades voluntariamente o bajo ordenes
	1	Capaz de mover las 2 extremidades voluntariamente o bajo ordenes
	0	Capaz de mover las 1 extremidad voluntariamente o bajo ordenes
CONCIENCIA	2	Despierto
	1	Despierta al llamado
	0	Dolor agudo que requiere medicación parenteral

ESCALA BROMAGUE

- 0. No bloqueo motor
- 1. Capacidad de sentarse
- 2. Capacidad de flexionar la rodilla con ausencia de debilidad
- 3. Inhabilidad para levantar la pierna extendida , puede mover la rodilla
- 4. Inhabilidad para flexionar la rodilla, puede mover el pie solamente
- 5. Inhabilidad para flexionar el tobillo, inhabilidad para mover el pie y la rodilla

ESCALA RAMSAY

- Nivel 1 Paciente agitado, ansioso o inquieto
- Nivel 2 Paciente cooperador, orientado y tranquilo.
- Nivel 3 Dormido con respuesta a órdenes
- Nivel 4 Dormido con breves respuestas a la luz y el sonido
- Nivel 5 Dormido con respuesta sólo al dolor.

Eventos detalles del traslado

TOTAL

Ordenes médicas por anestesiólogo para la U.C.P.A.

Hora de alta y de salida UNIDAD DE CUIDADOS POS ANESTESICOS

Firma del médico