

SUCURSAL: Florencia FECHA: 11/05/2020 2:28:51 a. m.

<b>Nombre Usuario:</b> LUIS FRANCISCO SANCHEZ MALAGON	
<b>Edad:</b> 77 Años 05 Meses 29 Días	<b>Historia Clínica No:</b> 17620548
<b>Unidad Funcional:</b> UCI ADULTOS SEGUNDO PISO FLORENCIA	
<b>Diagnostico:</b>	
<b>INFORMACION</b>	

Yo LUIS FRANCISCO SANCHEZ MALAGON, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de Representante/acudiente del paciente LUIS FRANCISCO SANCHEZ MALAGON. por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales manifiesto que el o la profesional LUIS RAUL BERU GARCIA me ha explicado que en virtud de la conclusión del análisis de antecedentes, de los datos de la historia clínica, del examen clínico y pruebas diagnósticas practicadas debo (debe) ser internado (Hospitalización – Unidad de Cuidados Intensivos). Me ha manifestado que tal determinación está fundamentada en un diagnóstico inicial de . Entiendo que de la información adecuada y veraz que proporcione dependerá la exactitud del diagnóstico y del seguimiento de sus orientaciones el éxito del tratamiento. También comprendo que durante la hospitalización pueden ser requeridos diversos exámenes y procedimientos los cuales acepto en la medida en que sean necesarios para la recuperación. Además me han explicado que la internación en las instituciones de salud conlleva algún tipo de riesgo de adquirir infecciones asociadas a la atención en salud o de presentarse eventos adversos o complicaciones. Me ha explicado también que de rehusarme a realizar los exámenes diagnósticos, los procedimientos y tratamientos ordenados, estoy asumiendo la responsabilidad por sus consecuencias, sin embargo ello no significa que pierda los derechos para una atención posterior.

Entiendo que el tratamiento no garantiza la resolución de la enfermedad y que la responsabilidad institucional y del equipo de salud consiste en desplegar todo el conocimiento, pericia y medios técnicos a fin de alcanzar el mejor resultado posible. Además se me ha informado, que la Clínica Medilaser S.A. Es un centro de práctica docente, por lo cual en mi proceso de atención puede llegar a participar personal en formación, **bajo la estricta supervisión y vigilancia de mi médico tratante, que actúa Como docente.** Igualmente en el evento que la Clínica Medilaser S.A. realice investigaciones científicas “sin riesgo” donde se requiera la revisión de los registros clínicos, autorizo que mi historia clínica pueda ser tomada para estudio si el comité de Bioética clínica y de la Investigación de la Clínica Medilaser S.A. aprueba la investigación propuesta. En tal caso la Clínica Medilaser S.A. como el investigador garantizan la confidencialidad del contenido de la historia clínica y el secreto de la identidad del paciente.

**Doy constancia de que me han explicado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible para mí, los aspectos relacionados con la condición actual, estudio y tratamiento de la enfermedad, y se me ha permitido hacer todas las preguntas necesarias, las cuales han sido resueltas satisfactoriamente. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocación de este consentimiento. Entiendo que aunque los resultados no pueden garantizarse, la Clínica Medilaser S.A. y los profesionales usarán todos los medios necesarios para obtener el mejor de los resultados.**

**OBSERVACIONES ADICIONALES (diligenciado por el personal de la Clínica)**

## AUTORIZACION

Como resultado de la información recibida. Acepto X No acepto \_\_\_\_ La hospitalización en la Clínica Medilaser S.A. y las condiciones y objetivos propuestos para el estudio y tratamiento así como los riesgos que conlleva la hospitalización.

Dejo constancia de que he sido informado, que la Clínica Medilaser es un centro de práctica docente, por lo cual en mi proceso de atención puede llegar a participar personal en formación, **bajo la estricta supervisión y vigilancia de mi médico tratante, que actúa Como docente.** Ante lo cual manifiesto que SI X NO \_\_\_\_ ACEPTO, mi atención en estos términos.

Acepto que la **información** correspondiente a mi historia clínica, sea utilizada en **estudios de investigación.** Los datos que sean obtenidos en el estudio, pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, guardando total reserva de mi identidad, SI X NO \_\_\_\_ ACEPTO.

\* Sanchez M. Sanchez

Firma del Paciente o Responsable

Nombre:

No. De identidad: \* 30508625



HUELLA

Luis Raul Beru Garcia

**Luis Raul Beru Garcia**  
ENFERMERO JEFE  
R.P. 1117515987

Firma del Médico o profesional

Nombre: LUIS RAUL BERU GARCIA

Registro No: 1117515987

Firma del testigo

Nombre:

C.C:

HUELLA



	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIÓN DE SANGRE O SUS COMPONENTES</b>	VERSIÓN	3
		VIGENCIA	Febrero 2019
		CÓDIGO	F-CS-326 MD
		PÁGINAS	1 DE 2

SUCURSAL:

☐ NEIVA

☐ TUNJA

☒ FLORENCIA

FECHA: 11/05/2020 2:29:27 a. m.

<b>Nombre Usuario:</b> LUIS FRANCISCO SANCHEZ MALAGON	
<b>Edad:</b> 77 Años 05 Meses 29 Días	<b>Historia Clínica No:</b> 17620548
<b>Unidad Funcional:</b> UCI ADULTOS SEGUNDO PISO FLORENCIA	<b>Diagnóstico:</b>

#### INFORMACION

Yo LUIS FRANCISCO SANCHEZ MALAGON, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de Representante/acudiente del paciente LUIS FRANCISCO SANCHEZ MALAGON por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales manifiesto que el o la profesional LUIS RAUL BERU GARCIA me ha informado que durante la atención médica, es posible que sea necesario efectuar transfusiones de sangre o de hemocomponentes.

Además informo que comprendo que:

- La transfusión es la infusión de sangre o componentes de la sangre en el cuerpo a través de una vena y alguna de las razones para la transfusión son: el reemplazo por pérdida de volumen sanguíneo, capacidad de transporte de oxígeno, trastornos de la coagulación, entre otros.
- Las transfusiones se pueden realizar con: Sangre donada por otros (transfusión alogénica) o con mi propia sangre (transfusión autóloga), si soy el destinatario de la transfusión en ciertas circunstancias de no emergencia o con sangre donada por una persona que yo elegí (transfusión dirigida) en ciertas circunstancias de no emergencia.
- Una enfermera con entrenamiento va administrar la sangre o sus componentes y supervisará el procedimiento.
- Alguno de los signos y síntomas de la reacción transfusional son: Fiebre o escalofrío, acaloramiento o enrojecimiento de la cara, ronchas o rasquiña, dificultad para respirar, dolor o sangrado en el sitio de infusión, dolor de espalda, náuseas o vómito, debilidad, mareo, dolor torácico, orina roja, entre otros. Estos síntomas pueden ocurrir dentro de las 24 a 48 horas siguientes a la transfusión o durante ella.
- Los riesgos que el médico me ha descrito y que dichos riesgos existen a pesar de que los componentes sanguíneos que serán administrados han sido preparados y evaluados de acuerdo con los estándares científicos actuales, para detectar anticuerpos irregulares, antígenos de superficie de hepatitis B y anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana VIH, 1-2 virus de hepatitis C, virus del HTLV 1-2, Core de hepatitis B, Treponemas pálido y tripanosoma Cruzi (chagas), según norma del decreto 1571 de 1993 con resultados NO REACTIVOS.
- En ocasiones se pueden presentar reacciones adversas a la transfusión o efectos no previsibles, que pueden implicar: manejo médico, interrupción de la transfusión e incluso, la muerte del paciente-receptor.
- El propósito y los beneficios de la transfusión, conforme a las explicaciones que me dio el médico, buscan aliviar o mejorar mi estado de salud.
- Existen alternativas a la transfusión de sangre (hormonas, suplementos dietarios, medicamentos) pero que en este momento, el tratamiento debe ser la administración de sangre o sus componentes.
- Mi estado de salud puede deteriorarse si rechazo de la transfusión.
- No se ofrece ninguna garantía y que el procedimiento puede no curar mi afección.

**Doy constancia de que se me han explicado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible para mí, los aspectos relacionados con la transfusión de sangre o de sus componentes y se me ha permitido hacer todas las preguntas necesarias, las cuales han sido resueltas satisfactoriamente. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocación de este consentimiento. Entiendo que aunque los resultados no pueden garantizarse, la Clínica Medilaser S.A. y los profesionales usarán todos los medios necesarios para obtener el mejor de los resultados.**

#### OBTENCIÓN DE LA VOLUNTAD DEL PACIENTE:

Declaro que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente mi estado de salud y los posibles procedimientos diagnósticos o terapéuticos para mi atención. También manifiesto que me han sido aclaradas todas mis dudas y me han explicado los posibles riesgos y complicaciones del procedimiento a realizar. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocación de este consentimiento.

**Expreso mi decisión libre y voluntaria:** para que me efectúen el procedimiento descrito anteriormente y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.

Aun habiendo comprendido, **manifiesto abiertamente mi deseo voluntario de desistir de este procedimiento.**

Dejo constancia de que he sido informado, que la Clínica Medilaser es un centro de práctica docente, por lo cual en mi proceso de atención puede llegar a participar personal en formación, **bajo la estricta supervisión y vigilancia de mi médico tratante, que actúa Como docente.** Ante lo cual manifiesto que SI ☒ NO ☐ ACEPTO, mi atención en estos términos.

Acepto que la **información** correspondiente a mi historia clínica, sea utilizada en **estudios de investigación.** Los datos que sean obtenidos en el estudio, pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, guardando total reserva de mi identidad, SI ☒ NO ☐ ACEPTO.



\* *Solis M. Sanchez G.*

Firma del Paciente o Responsable

Nombre:

No. De identidad: *30508825*

Calidad del responsable: \* *Hija.*



HUELLA

**Luis Raul Beru Garcia**  
**A** ENFERMERO JEFE  
R.F. 1117515987

Firma del Médico o profesional

Nombre: LUIS RAUL BERU GARCIA

Registro No: 1117515987



HUELLA

Firma del testigo

Nombre:


No. De identidad:

Calidad del testigo:



HUELLA



	<b>PROCESO GESTIÓN DE URGENCIAS Y OBSTETRICIA</b>	Código: <b>GUO-F-12</b>
		Versión: <b>003</b>
	Formato Referencia y Contra Referencia de Paciente	Aprobado: <b>2019/03/12</b>

<b>1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>							
a. Identificación <span style="float: right;">17620548</span>							
Nombres:	LUIS FRANCISCO						
Apellidos:	SANCHEZ MALAGON						
EPS:	Nueva Eps.						
Identificación:	CC <input checked="" type="checkbox"/> X RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> N°: 17620548						
14	D <input type="checkbox"/> 12 M <input type="checkbox"/> 11 A <input type="checkbox"/> 1942 Edad: 77 AÑOS						
Dirección de domicilio:	VEREDA EL VENADO Municipio: FLORENCIA						
Telefono:	3102164267						
Diagnostico de Referencia:	DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA O DENGUE GRAVE HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA , NO ESPECIFICADA						
Lleva exámenes:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuales: _____						
<b>B. INFORMACIÓN DEL ACOMPAÑANTE</b>							
Nombre y apellido:	Parentesco: _____ Tel: _____						
<b>2. INFORMACIÓN DE LA REFERENCIA</b>							
Fecha de diligenciam:	D <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 AÑO <input type="checkbox"/> 2020						
Institución a la que se remite:	CLINICA MEDILASER Nivel de Complejidad: III NIVEL						
Médico que acepta la remisión:	DR. PLARA Ciudad: FLORENCIA						
Servicio o unidad:	HOSPITALIZACION INTERNACION III Especialidad: UCI ADULTOS						
Unidad que solicita la referencia:	HOSPITALIZACION INTERNACION III 367						
Médico que solicita la remisión:	Nombre del especialista: JUAN DE JESUS LARIOS FONTALVO Especialidad: MEDICINA INTERNA						
<b>3. INFORMACIÓN DEL TRASLADO</b>							
Ambulancia de transporte:	<input checked="" type="checkbox"/> Medicalizada Empresa: HDMI <input type="checkbox"/> Básica Médico que realiza traslado: _____						
Fecha y hora de salida:	<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>M</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>5</td> <td>2020</td> </tr> </table> Hora: 23:00	D	M	A	10	5	2020
D	M	A					
10	5	2020					
Responsable Oficina de Referencia:	Nombres y apellidos: SNEYDER CALDERON						
<b>IMPORTANTE:</b> Los posibles incidentes y eventos adversos identificados favor reportar al correo <a href="mailto:eventosadversos@hmi.gov.co">eventosadversos@hmi.gov.co</a>							



**MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL**  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTE**

FECHA: 2020-05-10 HORA: 9:28

**INFORMACION DEL PRESTADOR**  
Nombre: E S E HOSPITAL MARIA INMACULADA NIT: X 891180098 S  
CC: Numero DV

Codigo: 180010002501 Dirección Prestador: DIAGONAL 20 No 7-93  
Telefono: 00 4352070 Departamento: CAQUETA 18 Municipio: FLORENCIA 001

**DATOS DEL PACIENTE**  
SANCHEZ MALAGON LUIS FRANCISCO  
1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre

Tipo documento de identificación  
☐ Registro Civil ☐ Pasaporte 17620548  
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin identificación  
☒ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor sin identificación  
☐ Cédula de Extranjería Fecha de Nacimiento: 1942-11-12

Dirección de Residencia Habitual: VEREDA EL VENADO Telefono: 3102164267  
Departamento: CAQUETA 18 Municipio: FLORENCIA 001

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD CODIGO: EPS037

**DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE**  
SANCHEZ MALAGON LUIS FRANCISCO  
1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre

Tipo documento de identificación  
☐ Registro Civil ☐ Pasaporte 17620548  
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin identificación  
☒ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor sin identificación  
☐ Cédula de Extranjería

Dirección de Residencia Habitual: VEREDA EL VENADO Telefono: 3102164267  
Departamento: CAQUETA 18 Municipio: FLORENCIA 001

**PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE**  
Nombre: JUAN DE JESUS LARIOS FONTALVO Telefono: 00 4352070  
Indicativo Numero

Servicio que solicita la referencia: HOSPITALIZACION INTERNACION III Telefono Celular:  
Servicio para el cual se solicita la referencia: MEDICINA INTERNA  
Especialidad: MEDICINA INTERNA

**ANAMNESIS**  
Motivo de Consulta: SIGUE IGUAL, PERSISTE LA FIEBRE Y EL DOLOR EN EL CUERPO

Enfermedad Actual: USUARIO MASCULINO DE 77 AÑOS DE EDAD, con cuadro clinico de 3 dias d evolucion caracterizado por malestar general, mialgias artbraigias, ya habia consultado en anterior oportunidad, donde se relata disminucion de plquetas y ademas dolor en region de cntura abdominal, ahora afebril

**OBJETIVO - EXAMEN FISICO**  
TA: 125/60 mmHg TAM: 81.67 mmHg FC: 83 lpm FR: 18 rpm T: 36.8 °C SO2: 95% PESO: 80 KG TALLA: 165 CM  
IMC: 29.38 Kg/m²

N: Normal, AN: Anormal

Cabeza:	✓ N	AN
Ojos:	✓ N	AN
ORL:	✓ N	AN
Cuello:	✓ N	AN
Tórax:	✓ N	AN
Abdomen:	✓ N	AN
Genitourinario:	✓ N	AN
Extremidades:	✓ N	AN
Neurológica:	✓ N	AN
Piel:	✓ N	AN

Observaciones:

**SERVICIOS IPS INTRAHOSPITALARIO Y EXTRAMURAL**

Fecha	Servicio	Folio Sol.	Extramural
07/05/2020 06:00:57 p.m.	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO (HMI)	13	
Interpretación:	TROMBOCITOPENIA SEVERA	Folio inter:	14
07/05/2020 06:00:57 p.m.	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA (HMI)	13	
Interpretación:	PATOLOGICO	Folio inter:	16
07/05/2020 10:02:17 p.m.	CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS FLUIDOS	14	
Interpretación:	NORMAL	Folio inter:	16
07/05/2020 10:02:17 p.m.	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO (HMI)	14	
Interpretación:	TROMBOCITOPENIA	Folio inter:	16
07/05/2020 10:02:17 p.m.	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA - MEDICINA INTERNA	14	
Interpretación:	VALORACION POR MEDICINA INTERNA PACIENTE DE 77 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE 1. DENGUE "SIN SIGNOS DE ALARMA" PERO CON COMORBILIDAD COMO HIPERTENSION ARTERIAL  PACIENTE REFIERE ENCONTRARSE EN BUEN ESTADO GENERAL NIEGA NUEVAS ALZAS TERICAS, TOLERA VIA ORAL, DIURESIS ESPONTANEAS PACIENTE ALERTA, CON SIGNOS VITALES DE: TA: 148/80 mmHg FC: 80 lpm FR: 20 rpm T: 36.8 °C SO2: 93%	Folio inter:	16
07/05/2020 10:02:17 p.m.	NITROGENO UREICO [BUN] (HMI)	14	
Interpretación:	NORMAL	Folio inter:	16
07/05/2020 10:02:17 p.m.	RECUENTO PLAQUETAS METODO MANUAL	14	
Interpretación:	TROMBOCITOPENIA	Folio inter:	16
07/05/2020 10:02:17 p.m.	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST] (HMI)	14	
Interpretación:	ELEVADA	Folio inter:	16
07/05/2020 10:02:17 p.m.	TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA [TGP-ALT] (HMI)	14	
Interpretación:	ELEVADA	Folio inter:	16
08/05/2020 01:41:21 p.m.	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO (HMI)	16	
Interpretación:	PLAQTAS DE 46.000	Folio inter:	18
08/05/2020 01:41:21 p.m.	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO)	16	
Interpretación:	Tenue radiopacidad alveolar paracardiaca derecha que no descarta incipiente foco neumónico. Banda atelectasica base pulmonar izquierda Miocardiopatía dilatada grado I/IV Aortoesclerosis. Coexiste ensanchamiento del cayado aortico dando un aspecto aneurismatico. Elongacion del segmento ascendente de la aorta que podria estar relacionado con signos indirectos de hipertension. Cambios osteodegenerativos del esqueleto regional	Folio inter:	24
08/05/2020 01:41:21 p.m.	ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL. HIGADO, PANCREAS, VESICULA, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRANDES VASOS, PELVIS Y FLANCOS (HMI)	16	
Interpretación:	Esteatosis leve del pancreas. Quiste simple cortico/medular y parapielico renal izquierdo categoria I de bosniak. Crecimiento prostatico que podria estar relacionado con hiperplasia.	Folio inter:	24
08/05/2020 06:01:07 p.m.	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y	18	



09/05/2020 14:12:06

Se acude a llamado de enfermería, quienes refieren "el paciente dice que siente mucha debilidad". Se interroga al paciente quien comenta que se encuentra bien y niega sintomatología alguna. La familiar comenta que el paciente presenta debilidad muscular?? y dificultad para la micción, comenta insistentemente que desea estar sentado a pesar de la indicación de no movilizarse constantemente ya que aumenta su riesgo de caídas. Niega disnea, dolor, fiebre u otros síntomas.  
TA 140/68 mmHg FC: 94 lpm FR: 24 rpm T: 36.3°C SO2: 94%  
Al examen físico se observa paciente alerta, orientado, proptosis ocular izquierda (comentando como antecedente hemangioma a ese nivel?), polipneico, sin uso de músculos accesorios de la respiración. Con O2 bajo cánula nasal, ruidos cardíacos rítmicos sin agregados, pulmonar estertores ocasionales sin otros hallazgos patológicos evidentes. Abdomen distendido con abundante pabuloso adiposo, sin signos de irritación peritoneal, no onda ascítica, no dolor a la palpación, neurológico no impresiona déficit evidente. Extremidades móviles, bien perfundidas.

Análisis: Paciente con diagnósticos anotados, dengue sin signos de alarma, neumonía (día 1 de antibióticoterapia), cardiopatía dilatada, hta. En el momento con cuadro de retención urinaria al parecer secundaria a hiperplasia prostática documentada por lo cual se indica paso de sonda vesical además para evitar la movilización frecuente del paciente por riesgo de caídas. Ahora patología pulmonar asociada, polipnea y debilidad muscular, considero toma de gases arteriales para evaluar estado acidobase + hidroelectrolítico. Adicionalmente comenta insomnio de conciliación y cuadro de ansiedad de aproximadamente 4 días de evolución, se indica manejo. El familiar se muestra demandante, hostil y poco conforme con la atención en salud, se realiza escucha empática y se resuelven dudas. Pendiente valoración por cardiología. Signos vitales, curva térmica. Atentos a evolución.

HOSPITALIZACION INTERNACION III

09/05/2020 16:33:10

Se abre folio para cargar paraclinicos de control - hemograma y conteo plaquetario manual.

HOSPITALIZACION INTERNACION III

09/05/2020 18:58:03

PACIENTE 77 AÑOS  
ACTUALMENTE HOSPITALIZADO POR FIEBRE Y TROMBOCITOPENIA  
ANTECEDENTE DE HTA EN TTO FARMACOLOGICO  
SOLICITA VALORACION POR SOSPECHA DE CARDIOPATIA DILATADA. SE REVISÓ RX DE TORAX LA CUAL TIENE POCA INSPIRACION Y POCA PENETRACION  
AL EXAMEN CLINICO CON ESCASOS CREPITOS EN BASES, RSCRS SIN SOPLOS. NO EDEMAS  
SE REALIZO ECOCARDIOGRAMA CON V. IZQUIERDO DE TAMAÑO Y FORMA NORMAL CON BUENA FUNCION SISTOLICA Y CAMBIOS MINIMOS RELACIONADOS CON LA EDAD  
NO HAY CLINICA DE ICC, NO HAY ALTERACION DE LA ESTRUCTURA CARDIACA Y SE CUENTA CON FEVI PRESERVADA

HOSPITALIZACION INTERNACION III

09/05/2020 22:04:30

Se abre folio para cargar paraclinicos de control - hemograma y conteo plaquetario manual.

HOSPITALIZACION INTERNACION III

09/05/2020 22:53:51

SE RESPONDE A LLAMDO DE ENFERMERIA TEMPERATURA DE 37.3, POLIPNEICO, PSO 92% TA 144/77 PACIENTE DE 77 AÑOS CON DIAGNOSTICOS  
DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA, NEUMONIA, HTA, VALORADO POR CARDIOLOGIA QUE DESCARTA PATOLOGIA CARDIACA, PLAQUETA EN DESCENSO  
TORAX RONCUS CARDIACO SE COMENTA A INTERNISTA DE TURNO INDICA RX DE CONTROL CONTINUAR MANEJO MEDICO  
PLAN MEDIO FISICO  
RX DE TORAX CONTROL

HOSPITALIZACION INTERNACION III

09/05/2020 23:25:30

PACIENTE CON ANTECEDENTES DE HTA EPOC EN TTO CON CUADRO DE DX DE DENGUE FUMADOR PESADO NO HAY NEXO EPIDEMIOLOGICO PARA COVID 19  
TIENE 3 MESES DE ESTAR EN AISLAMIENTO EN UNA FINCA ACTUALMENTE CONTESTO LLAMADO POR PRESENTAR SATURACION DE 93% CON OXIGENO POR  
CANULA TA 140/70 GLUCOMETRIA 140 PLAQUETAS EN DESENDO 38000 TORAX RONCOS Y SIBILANCIA NO TOS TIRAJES INTERCOSTALES  
TENIENDO EN CUENTA LOS ANTECEDENTES LA CLINICA Y LO ENCONTARDO EN EL EXMEN FISICO Y PARACLINICO EL CUAL FUE VALORADO POR  
CARDIOLOGIA QUE DESCARTO CARDIOPATIA DILATADA

SE REMITE A A UCI 3 NIVEL URGENTE EN AMBULANCIA MEDICALIZADA MONITORIZADA  
PACIENTE ACTUALMENTE SIN TOS POR ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICO NO HAY SOSPECHA DE COVID 19  
SE ACLARA TENIENDO EN CUENTA SUS ANTECEDENTES YA COMENTADOS EL CUAL SU PATRON RESPIRATORIO APUNTA MAS A SU PATOLOGIA DE BASE Y  
SU COMPLICACION CON DENGUE POR TROMBOCITOPENIA SEVERA MENOR DE 40000

HOSPITALIZACION INTERNACION III

09/05/2020 23:26:27

ANALISIS: Solicitud de Referencia  
'SE REMITE A UCI EN AMBULANCIA MEDICALIZADA URGENTE'

HOSPITALIZACION INTERNACION III

10/05/2020 1:50:54

NOTA MEDICO OBSERVACION

PACIENTE DE 77 AÑOS DE EDAD CON DISGNOSTICOS DE

1. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
2. NEUMONIA??
3. DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA
4. SOBRECARGA HIDRICA
5. HTA

SIGNOS VITALES TA 170/68 MMHG, FC 98 LPM, FR 28 RPM, SO2 94% A 3 LPM POR CANULA NASAL, TEMPERATURA 38.4°C.

PACIENTE CON DISGNOSTICOS ANOTADOS, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, FEBRIL, TAQUICARDICOS, TAQUIPNEICO, AL EXAMEN FISICO ESTERTORES DE PREDOMINIO EN CAMPO PULMONAR IZQUIERDO DISTENSION ABDOMINAL, EDEMA GRADO II EN MIEMBROS INFERIORES. EN EL MOMENTO ESTABLE, SATURACION EN LIMITE CON O2 POR CANULA. POR EL MOMENTO SE SOLICITAN PARACLINICOS, DE CONTROL, TIENE PENDIENTE RADIOGRAFIA DE TORAX, GASES ARTERIALES. PENDIENTE REMISION A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. SE EXPLICA A PACIENTE E HIJO QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAN

PLAN  
CONTINUA EN LA UNIDAD  
PENDIENTE REMISION A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS  
SE SOLICITA TIEMPOS DE COAGULACION, FUNCION RENAL, FUNCION HEPATICA, AMILASA, PROTEINAS EN SANGRE  
PENDIENTE RX DE TORAX, GASES ARTERIALES  
RESTRICCION HIDRICA  
ORDENES MEDICAS INSTAURADAS  
CONTROL DE SIGNOS VITALES CONTINUAMENTE-AVISAR CAMBIOS

HOSPITALIZACION INTERNACION III

10/05/2020 6:55:04

PACIENTE DE 77 AÑOS DE EDAD CON DX INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, NEUMONIA, DENGUE CON SIGNO DE ALARMA, CURSANDO CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, REPORTE DE PLAQUETAS EN AUMENTO 45 000 REFIERE QUE PASO MEJOR NOCHE PERO CONTINUA CON DIFICULTAD PARA RESPIRAR.  
TA 180/90 FC 96 PSO 93% A3 LPM POR CANULA NASAL. TEMPERATURA 35.5

CONCIENTE ORIENTADO, TAQUIPNEICO, TAQUICARDICO, MUCOSA ORAL SEMIHUMEDA, TORAX CON EXTERTORES EN ACP PREDOMINIO EN CAMPO PULMONAR IZQ. DISTENSION ABDOMINAL, EXT. EDEMA GRADO I.

PACIENTE CON DX ANOTADO CON EVOLUCION TORPIDA, CON LEVE MEJORIA DE SU PATRON RESPIRATORIO, SE SOLICITA PARACLINICOS, RX DE TORAX CON INFIETRADOS PARACARDIACOS, DILATACION DEL BOTON AORTICO, CONTINUAR MONITORIZACION.

CONTROL DE LA-LE:  
PENDIENTE GASES ARTERIALES, TRANSAMINASAS  
MONITORIZAR.  
SE SOLICITA REMISION III NIVEL PARA MANEJO INTEGRAL POR MEDICINA INTERNA

HOSPITALIZACION INTERNACION III

10/05/2020 6:56:12

ANALISIS: Solicitud de Referencia  
'REMISION A III NIVEL MEDICINA INTERNA'

HOSPITALIZACION INTERNACION III

10/05/2020 9:26:40

VALORACION POR MEDICINA INTERNA  
PACIENTE DE 77 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE  
1. DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA  
2. HTA CONTROLADA  
3. EPOC

PACIENTE QUIEN REFIERE NO PRESENTAR FIEBRE, REFIERE DISTENSION ABDOMINAL, EL RESTO PATRON RESPIRATORIO DE MEJORIA, PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL AFEBRIL, HIDRATADO, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO SIN INSGURITACION, SIN ADENOPATIAS TORAX. NO SE AUSCULTA POR PROTOCOLO DE COVID Y POR SER SINTOMATICO DE TOS  
ABDOMEN GLOBOSO, DISTENDIDO CON ONDA ASCITICA, NO IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES NO EDEMA, PULSOS DISTALES PRESENTES, NEUROLOGICO CONCIENTE ORIENTADO GLASGOW 15/15

ANALISIS  
PACIENTE CON DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA, SE DEJA NOTA ACLARATORIA PARA DESCARTAR SOSPECHA DE NEUMONIA SIN EMBARGO, PACIENTE PRESENTA MEJORIA DE SINTOMAS POR INICIO DE ANTIBIOTICO, QUE EL PACIENTE POR SU PATOLOGIA DE EPOC DE BASE SE INICIO ANTIBIOTICO PROFILACTICO PARA EVITAR COMPLICACIONES RESPIRATORIAS NOSOCOMIALES, SE INICIA REMISION PARA MEDICINA INTERNA A TERCER NIVEL, PACIENTE CON DISTENSION ABDOMINAL, CON ONDA ASCITICA POSITIVA POR LO CUAL SE CONSIDERA PROCESO DE CUADRO DE DISNEA DEL PACIENTE NSECUNDARIO POR LO CUAL SE SOLICITA ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL.

PLAN  
REMISION A MEDICINA INTERNA III O IV NIVEL  
SS ECO DE ABDOMEN

IMPRESION DIAGNOSTICA			
CIE 10	Diagnostico	Observaciones	Principal
A91X	DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA O DENGUE GRAVE		<input checked="" type="checkbox"/>
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)		<input type="checkbox"/>
J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA		<input type="checkbox"/>
R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA		<input type="checkbox"/>

#### COMPLICACIONES



51600325

Nombre **SANCHEZ MALAGON LUIS FRANCISCO**  
 Identificación **CC 17620548** Tel. **1**  
 Edad **78 Años 0 Meses 0 Días** Sexo **M**  
 Medico **MEDICOS VARIOS**  
 No. Ordenamiento **51300020**

Fecha de recepcion: **16-may-2020 2:57 am**  
 Fecha de impresion:  
 Empresa **LABORATORIO CLARA PATRICIA S.A.S**  
 Sede **REFERENCIA**  
 Fecha Validacion **18-may-2020 9:23:00a.m.**

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

## ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SERICAS

Método: Electroforesis

<b>Proteínas Totales:</b>	56.0	g/l	66 a 83
<b>Relación Albúmina/Globulinas:</b>	0.69		1.2 a 1.8
<b>Albúmina:</b>	40.8	%	58 a 70
<b>Alfa 1:</b>	12.1	%	1 a 2.8
<b>Alfa 2 :</b>	18.3	%	7 a 12
<b>Beta 1:</b>	5.6	%	4.7 a 7.2
<b>Beta 2:</b>	7.7	%	3.2 a 6.5
<b>Gamma:</b>	15.5	%	8 a 17
Fracción:			
<b>Albúmina :</b>	22.8	g/l	38 a 49
<b>Alfa 1:</b>	6.8	g/l	0.6 a 1.8
<b>Alfa 2:</b>	10.2	g/l	5 a 8
<b>Beta 1 :</b>	3.1	g/l	3.4 a 5.2
<b>Beta 2 :</b>	4.3	g/l	2.3 a 4.7
<b>Gamma :</b>	8.7	g/l	5 a 11

Observaciones :

HIPOALBUMINEMIA

Interpretación de la gráfica: De izquierda a derecha se reconocen las siguientes fracciones: Albúmina, alfa 1, alfa2, beta1, beta2 y gamma.

Principales patrones que se reconocen en una electroforesis de proteínas séricas:

- 1.- Patrón normal.
- 2.- Hipergammaglobulinemia policlonal: enfermedades infecciosas, enfermedades autoinmunes, hemopatías, cirrosis, respuesta inflamatoria tardía.
- 3.- Hipogammaglobulinemia: inmunodeficiencias, síndromes linfoproliferativos, inmunosupresión adquirida, mieloma de cadenas livianas.
- 4.- Patrón monoclonal: mieloma múltiple, macroglobulinemia de waldenström, LLC, MGUS, POEMS.
- 5.- Patrón oligoclonal: enfermedades autoinmunes, terapia inmunosupresora, inmunosupresión infecciosa, respuestas inflamatorias.
- 6.- Síndrome inflamatorio: enfermedades infecciosas, neoplasias, enfermedades traumáticas.
- 7.- Síndrome nefrótico: nefropatía diabética, nefrosis lipoidea, falla renal.
- 8.- Bloque beta-gamma: hepatitis viral crónica, hepatitis inducida por medicamentos, cirrosis.
- 9.- Bisalbuminemia: hereditaria, interacción medicamentosa, fistulas pancreáticas.
- 10.- Hipoalbuminemia: Desnutrición, insuficiencia hepática, tirotoxicosis, gastroenteropatía exudativa, síndrome nefrótico, síndromes inflamatorios severos.

Gráfica :

—



Nombre **SANCHEZ MALAGON LUIS FRANCISCO**  
 Identificación **CC 17620548** Tel. **1**  
 Edad **78 Años 0 Meses 0 Días** Sexo **M**  
 Medico **MEDICOS VARIOS**  
 No. Ordenamiento **51300020**

Fecha de recepción: **16-may-2020 2:57 am**  
 Fecha de impresión:  
 Empresa **LABORATORIO CLARA PATRICIA S.A.S**  
 Sede **REFERENCIA**  
 Fecha Validación **18-may-2020 9:23:00a.m.**

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

## ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SERICAS

Método: Electroforesis

<b>Proteínas Totales:</b>	56.0	g/l	66 a 83
<b>Relación Albúmina/Globulinas:</b>	0.69		1.2 a 1.8
<b>Albúmina:</b>	40.8	%	58 a 70
<b>Alfa 1:</b>	12.1	%	1 a 2.8
<b>Alfa 2 :</b>	18.3	%	7 a 12
<b>Beta 1:</b>	5.6	%	4.7 a 7.2
<b>Beta 2:</b>	7.7	%	3.2 a 6.5
<b>Gamma:</b>	15.5	%	8 a 17
Fracción:			
<b>Albúmina :</b>	22.8	g/l	38 a 49
<b>Alfa 1:</b>	6.8	g/l	0.6 a 1.8
<b>Alfa 2:</b>	10.2	g/l	5 a 8
<b>Beta 1 :</b>	3.1	g/l	3.4 a 5.2
<b>Beta 2 :</b>	4.3	g/l	2.3 a 4.7
<b>Gamma :</b>	8.7	g/l	5 a 11

Observaciones :

HIPOALBUMINEMIA

Interpretación de la gráfica: De izquierda a derecha se reconocen las siguientes fracciones: Albúmina, alfa 1, alfa2, beta1, beta2 y gamma.

Principales patrones que se reconocen en una electroforesis de proteínas séricas:

- 1.- Patrón normal.
- 2.- Hipergammaglobulinemia policlonal: enfermedades infecciosas, enfermedades autoinmunes, hemopatías, cirrosis, respuesta inflamatoria tardía.
- 3.- Hipogammaglobulinemia: inmunodeficiencias, síndromes linfoproliferativos, inmunosupresión adquirida, mieloma de cadenas livianas.
- 4.- Patrón monoclonal: mieloma múltiple, macroglobulinemia de waldenström, LLC, MGUS, POEMS.
- 5.- Patrón oligoclonal: enfermedades autoinmunes, terapia inmunosupresora, inmunosupresión infecciosa, respuestas inflamatorias.
- 6.- Síndrome inflamatorio: enfermedades infecciosas, neoplasias, enfermedades traumáticas.
- 7.- Síndrome nefrótico: nefropatía diabética, nefrosis lipoidea, falla renal.
- 8.- Bloque beta-gamma: hepatitis viral crónica, hepatitis inducida por medicamentos, cirrosis.
- 9.- Bisalbuminemia: hereditaria, interacción medicamentosa, fistulas pancreáticas.
- 10.- Hipoalbuminemia: Desnutrición, insuficiencia hepática, tirototoxicosis, gastroenteropatía exudativa, síndrome nefrótico, síndromes inflamatorios severos.

Gráfica :





**COLCAN**  
LABORATORIO CLÍNICO

Página 2 de 2



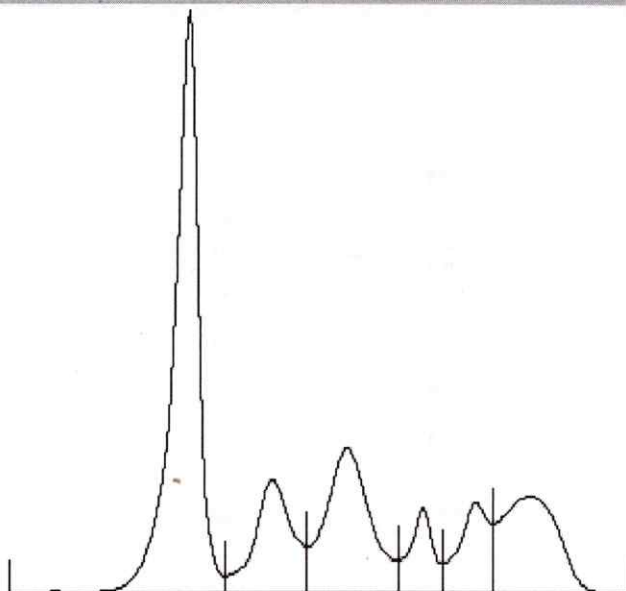
51600325

Nombre **SANCHEZ MALAGON LUIS FRANCISCO**  
Identificacion **CC 17620548** Tel. **1**  
Edad **78 Años 0 Meses 0 Dias** Sexo **M**  
Medico **MEDICOS VARIOS**  
No. Ordenamiento **51300020**

Fecha de recepcion: **16-may-2020 2:57 am**  
Fecha de impresion:  
Empresa **LABORATORIO CLARA PATRICIA S.A.S**  
Sede **REFERENCIA**  
Fecha Validacion **18-may-2020 9:23:00a.m.**

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------



ALDO FERNEY ANAYA CARREÑO  
C.C 1.090.447.383  
BACTERIOLOGO

ALDO FERNEY ANAYA CARREÑO  
C.C 1.090.447.383  
BACTERIOLOGO



# ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR



Servicio de Cardiología  
Dr. Sebastian Campbell Q.

<b>Nombre y apellido:</b> LUIS FRANCISCO SANCHEZ MALAGON	<b>Fecha:</b> 12-05-2020
<b>Identificación:</b> 17620548	<b>Edad:</b> años
<b>Unidad funcional:</b> UCI CARDIO	<b>EPS:</b> NUEVA EPS
	<b>Cama:</b> 9

*Procedimiento realizado equipo de ultima generación GE VIVID IQ, con transductor matricial multifrecuencia con octava armónica M5Sc. Se practicó un estudio ecocardiografico modo M, bidimensional, Doppler: pulsado, continuo y color; en las proyecciones habituales. Observándose los siguientes hallazgos:*

	<b>Valores</b>
<b>Raíz Ao (mm)</b>	33
<b>AI (mm)</b>	41
<b>DDVI(mm)</b>	54
<b>DSVI(mm)</b>	
<b>SIVd(mm)</b>	15
<b>PPVId (mm)</b>	12
<b>Masa (gr)</b>	
<b>FEY% Simpson</b>	52
<b>TAPSE</b>	29

<b>Hombre Media ± DS</b>	<b>Mujer Media ± DS</b>
<b>36</b>	<b>36</b>
<b>40</b>	<b>40</b>
<b>50.2±4.1</b>	<b>45.0±3.6</b>
<b>32.4±3.7</b>	<b>28.2±3.3</b>
<b>12</b>	<b>12</b>
<b>10</b>	<b>10</b>
<b>62±5</b>	<b>64±5</b>
<b>24 ± 3.5</b>	

## La realización del estudio permitió obtener las siguientes conclusiones:

- Aurícula Izquierda: moderada dilatacion
  - (AREA 30CM²)
- Ventrículo Izquierdo: miocardiopatía dilatada, hipertrofia ventricular concentrica, motilidad e índices de función sistólica global conservados. FEY: 52%. Llenado transmitral pseudonormal (Disfunción diastólica tipo II).
- Raíz aortica dilatada
- Aorta ascendente dilatada



# ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR



Servicio de Cardiología  
Dr. Sebastian Campbell Q.

- Válvula aórtica: Tricúspide, Calcificación del aparato valvular aórtico con insuficiencia leve.
- Válvula mitral: Sin particularidades
- Aurícula Derecha: dimensiones normales
- Ventrículo Derecho: con dimensiones
- Estructuras valvulares derechas Insuficiencia tricuspídea que permite estimar una PSAP de 42 mmHg
- No se detectan masas ni trombos intracavitarios.
- Pericardio sin alteraciones.
- Vena cava inferior dilatada con adecuado colapso inspiratorio, ecogenecidad espontánea en su interior.

## CONCLUSIONES:

1. VI: miocardiopatía dilatada, hipertrofia ventricular concéntrica . FEY: 52%.
2. AI: moderada dilatación.
3. Dilatación de raíz aórtica y aorta ascendente.
4. Calcificación del aparato valvular aórtico con insuficiencia leve
5. Insuficiencia tricuspídea que permite estimar una PSAP de 42 mmHg
6. Vena cava inferior dilatada con adecuado colapso inspiratorio, ecogenecidad espontánea en su interior.
7. Llenado transmitral pseudonormal (Disfunción diastólica tipo II)

Nota: paciente con IOT+ARM+soporte vasoactivo

*Dr. Campbell Sebastián  
Especialista en Cardiología  
RM 18285*



(9)

## CLINICA

NI

## SOLICITUD LABORATORIA

Ingreso: 3758514

Fecha Historia:

Número de Folio: 21

Ubicación:

## IDENTIFICACIÓN

Apellidos: SANCHEZ MALAGON

Nombres: LUIS FRANCISCO

Dirección: VEREDA EL VENADO - FLORENCIA  
FLORENCIA

Teléfono: 3102164267 - 3102164267

Entidad: NUEVA E.P.S. NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE  
SALUD S.A.

## PLAN DE MANEJO

## LABORATORIOS:

Código	Servicio
903839	GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJEF
Observaciones: ..	

## IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico
J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONIC.
A90X	DENGUE
E669	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Ventury humidificado  
Fio2 50%.

Número de serie: 10209

ID de analizador: ROCHE

ID de usuario:

CLIN MEDILASER FLORENCIA

ID Pac.	17620548
Apellido	Sanchez
Nombre	LuisFrancisco
Tipo de muestra	Sangre
Tipo de sangre	Arterial
Temperatura	36.8 °C
FIO <sub>2</sub>	0.50

## Gases en sangre

pH	7.179 (--)	[ 7.350 - 7.450 ]
PO <sub>2</sub>	58.1 mmHg (--)	[ 80.0 - 100.0 ]
PCO <sub>2</sub>	62.0 mmHg (++)	[ 35.0 - 45.0 ]

## Electrolitos

Na <sup>+</sup>	Sin activar	[ 135.0 - 148.0 ]
Cl <sup>-</sup>	Sin activar	[ 98.0 - 107.0 ]
K <sup>+</sup>	4.34 mmol/L	[ 3.50 - 4.50 ]
Ca <sup>2+</sup>	Sin activar	[ 1.120 - 1.320 ]
Hct	Sin activar	[ 35.0 - 50.0 ]

tHb	Sin activar	[ 11.50 - 17.40 ]
SO <sub>2</sub>	Sin activar	[ 75.0 - 99.0 ]

## Derivs. de Hb

O <sub>2</sub> Hb	Sin activar	[ 95.0 - 99.0 ]
COHb	Sin activar	[ 0.5 - 2.5 ]
HHb	Sin activar	[ 1.0 - 5.0 ]
MetHb	Sin activar	[ 0.4 - 1.5 ]
Bili	Sin activar	[ 51 - 850 ]

## Metabolitos

Glu	Sin activar	[ 60.0 - 109.9 ]
Lac	1.24 mmol/L (!)	[ 0.44 - 2.22 ]

## Parátrós. calculados

P50	Faltan datos
PCO <sub>2</sub> <sup>t</sup>	61.4 mmHg
PO <sub>2</sub> <sup>t</sup>	57.3 mmHg
pH <sup>t</sup>	7.182
H <sup>+</sup> <sub>t</sub>	65.8 nmol/L
H <sup>+</sup>	66.2 nmol/L
BE	-6.8 mmol/L
BE <sub>act</sub>	-7.8 mmol/L
BE <sub>ect</sub>	-5.8 mmol/L
BB	41.2 mmol/L
cHCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	22.6 mmol/L
cHCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> <sub>st</sub>	18.6 mmol/L
RI	380 %
AG	Faltan datos
Osm	Faltan datos
PAO <sub>2</sub>	278.8 mmHg
a/AO <sub>2</sub>	20.8 %
AaDO <sub>2</sub>	220.7 mmHg
avDO <sub>2</sub>	Faltan datos
Indice P/F	116.1 mmHg

SO<sub>2</sub>(c) 80.3 %

Nota: Asegúrese que los rangos de referencia correspondan al tipo de sangre seleccionada.

(!) ... Sensor con más de 28 días!

Profesional: KAREN MILAGROS PEREZ MOLINARES

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Tarjeta Prof. # 1065873690

Impreso el 12/05/2020 a las 10:29:08 Por el Usuario GJ2 - ANGYE KATERINE PIA  
Indigo Crystal.Net - Powered By INDIGO TECHNOLOGIES - to CLINICA MEDILAS



VERSION	4
VIGENCIA	ago-15
CODIGO	F-M-011 MD
PAGINA	1 DE 2

**SUCURSAL:FLORENCIA FECHA:** 13/05/2020

No. Historia Clinica 17620548

Nombre y Apellido: LUIS FRANCISCO SANCHEZ MALAGON

Cama

Unidad Funcional: UCI 2 piso

Asegurador

NUEVA EPS

[illegible]





La salud  
es de todos

Minsalud

## FÓRMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)

2020-05-12 22:22:37

Nro. Prescripción

20200512185018971498

### DATOS DEL PRESTADOR

Departamento:  
CAQUETA

Municipio:  
FLORENCIA

Código Habilitación:  
180010746601

Documento de Identificación:  
813001952

Nombre Prestador de Servicios de Salud:  
CLINICA MEDILASER S.A. FLORENCIA

Dirección:  
CALLE 6 NO. 14A-55 BARRIO JUAN XXIII

Teléfono:  
PBX 4366000 AL 6029

### DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación:  
CC17620548

Primer Apellido:  
SANCHEZ

Segundo Apellido:  
MALAGON

Primer Nombre:  
LUIS

Segundo Nombre:  
FRANCISCO

Número Historia Clínica:  
17620548

Diagnóstico Principal:  
R579 CHOQUE, NO ESPECIFICADO

Usuario Régimen:  
CONTRIBUTIVO

Ámbito atención:  
URGENCIAS

### MEDICAMENTOS

Tipo prestación	Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica	Dosis	Vía Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica
ÚNICA	[VASOPRESINA] 20UI/1ML / OTRAS SOLUCIONES	33 UNIDADES	INTRAVENOSA	1 HORA(S)	INFUSIÓN CONTINUA	48 HORA(S)	PUEDO ORIGINAR VASOCONSTRICCIÓN ESPLÁCNICA	80 / OCHENTA / AMPOLLA

### PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación:  
CC91232702

Nombre:  
LUIS GONZALO PLATA SERRANO

Registro Profesional:  
10347

Especialidad:

CodVer:

9803-591675E51D5927E8E-2C86-0941-AE8A

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 1885 de 2018, Art. 13, Numeral 5.







**SUCURSAL:** Florencia**FECHA:** 14/05/2020 4:45:30 p. m.**Nombre Usuario:** LUIS FRANCISCO SANCHEZ MALAGON**Edad:** 77 Años 06 Meses 02 Días **Historia Clínica No:** 17620548**Unidad Funcional:** UCI ADULTOS SEGUNDO PISO FLORENCIA**Diagnóstico:** DENGUE GRAVE**INFORMACION**

Yo Luis Alfredo Sanchez Garcia, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de Representante/acudiente del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales,

**DECLARO**

Que **Revoco** el consentimiento informado realizado para el o los procedimiento(s) neurología clínica

y que él o la profesional Karen Milagres Perez me ha explicado los riesgos de la no realización del procedimiento, los cuales consisten en: muerte, paro cardio respiratorio

Sobre la base de la adecuada información, el respeto a las decisiones adoptadas sobre la propia salud y aparejado en el favorecimiento y estricta observación de los derechos relativos a la libertad para elegir de forma autónoma entre las distintas opciones que presente el profesional responsable, para negarse a recibir un procedimiento de diagnóstico, pronóstico o terapéutico, así como para poder en todo momento revocar una anterior decisión sobre la propia salud.

**ACEPTACION DE LOS RIESGOS**

**Doy constancia de que me han explicados en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible para mí, los aspectos relacionados con el procedimiento y se me ha permitido hacer todas las preguntas necesarias, las cuales han sido resueltas satisfactoriamente, por lo anterior revoco el consentimiento informado para el o los procedimiento (s) descritos en el párrafo superior y acepto estos riesgos bajo mi propia responsabilidad.**

Firma del Paciente o Responsable

Nombre legible: Luis Alfredo SanchezNº de identidad: 61864907 FleCalidad del responsable: Hijo.

HUELLA

Paola Fandino

Firma del Médico o profesional

Nombre legible: PAOLA YAMILE FANDIÑO

Registro No. 1053777828

Firma del Testigo

Nombre legible:

Nº de identidad:

Calidad del testigo:

Henry Ruiz  
17-236-178 J.  
germo.



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17.620.548  
SANCHEZ MALAGON

APELLIDOS  
LUIS FRANCISCO

NOMBRES

*Luis Francisco Sanchez*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-NOV-1942

FLORENCIA  
(CAQUETA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65  
ESTATURA

AB+  
G.S. RH

M  
SEXO

22-ABR-1964 FLORENCIA  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

