

Usuario: 1143328530.prest

Prestador: ValidadorDerechos/pages/gestion/ValidacionDerechos.seam?

Gestion

Reportes

cid=27970&amp;actionMethod=pages%2Fgestion%2FValidacionDerechos.xhtml%3Fauthenticator.logout)

Número registro atención:

Fecha de creación:

11/06/2018 11:11

Fecha de atención:

11/06/2018

Ayuda

Ver Demo

(/ValidadorDerechos/Inicio.aspx?cid=27970)

## Validación

## Información usuario

TINOCO\_GARCES,AUGUSTO ENRIQUE

Compañía: 30 EPSPlan: 10 REGIMEN CONTRIBUTIVOContrato: 1456166

Familia: 1Número de Usuario: 2Estado: HABILITADOTipo Documento:

CEDULA DE CIUDADANIANúmero Documento: 9079429Teléfono principal: 6500050Segundo Teléfono:

Correo electrónico: Fecha Nacimiento: 03/05/1952Edad: 66 AÑOSSexo: M

Servicios Registro de Sesiones en Curso Registro de Inconsistencias

Información EPS/MP

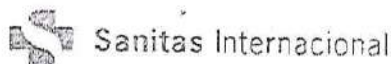
Seleccione el tipo de Atención:

| Servicio  | Servicios con | Servicios sin |
|-----------|---------------|---------------|
| Urgencias | Autorización  | Autorización  |

|                     |                        |                       |
|---------------------|------------------------|-----------------------|
| 0 Selección Usuario | 1 Información Servicio | 2 Pago y Confirmación |
|---------------------|------------------------|-----------------------|

✓ El registro de atención ha sido confirmado exitosamente, con el número de validación 188523931136.

Inicio



Usuario: 1143328530.prest

ProteccionDerechos/pages/gestion/ValidacionDerechos.s?am?

Gestion Reportes

[Validación de derechos de acceso](#)

188523931136

Fecha de creación:

Fecha de atención:

11/06/2018 11:11

11/06/2018

Ayuda

Ver Dema

(/ValidadorDerechos/http://apps.01sanitas.com/demo\_validador/  
cid=27970)

## Validación

### Información usuario

TINOCO\_GARCES,AUGUSTO ENRIQUE

Compañía: 30 EPSPlan: 10 REGIMEN CONTRIBUTIVOContrato: 1456166

Familia: 1Número de Usuario: 2Estado: \* HABILITADOTipo Documento:

CEDULA DE CIUDADANIA Número Documento: 9079429 Teléfono principal: 6500050 Segundo Teléfono:

Correo electrónico: Fecha Nacimiento: 03/05/1952 Edad: 66 AÑOS Sexo: M

Servicios Registro de Sesiones en Curso Registro de Inconsistencias

Información EPS/MP

Información Entidad Promotora De Salud

Condición de beneficiario mayor de 18 años: SSemanas cotizadas a la SGSSS:

Usuario compartido: NCategoria: A

PAC - Plan de atención complementaria: Tipo de documento:  
CEDULA DE CIUDADANIA

|                                            |                    |
|--------------------------------------------|--------------------|
| Número de documento del Cotizante Titular: | 45448477           |
| Motivo del estado del usuario:             | COBERTURA INTEGRAL |

Tipo de afiliado: BENEFICIARIO

IPS Médico

IPS Odontológico

Nombre: EPS SANTAS CENTRO MEDICO PIE DE LA POPA  
INVERSIONES O H V LTDA

Dirección: CR 19 29C 62 Dirección: CRA 3 8-129 PISO 12 OFICINA 12

Teléfono: 670 46 107-125-111 6124710

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

**ATENCIONES DEL PACIENTE****09/06/2014 13:09:31. E.P.S Sanitas - CENTRO MEDICO PIE DE LA POPA, CARTAGENA (DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL**

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 4832253. No. de afiliación: E.P.S SANITAS - 000-0000100000-0000-00.

Edad del paciente: 62 años.

Datos del profesional de la salud: Olga Herrera. Reg. Médico. 1473971186. Medicina General.

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, AUGUSTO TINOCO GARCES.

Motivo de consulta: tengo diarrea.

Enfermedad Actual: masculino de 62 años de edad acude refiriendo que esta presentando desde hace 4 dias deposicione sliquidas no disentericas en numero de 1 en el dia de ayer 4 acompañado de vomitos en el dia de ayer manifiesta hoy sensacion de debilidad con escalofrios no fiebre cuantificada. niega otra sintomatologia asociada no ha salido de la ciudad no ha inciado terapia de rehidratacion oral .

Estado de Salud: Bueno.

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntomas Generales: No presenta.

Neurológico: Sin síntomas.

Mental: Sin síntomas.

Organos de los Sentidos: Sin síntomas.

Respiratorio: Sin síntomas.

Cardiovascular: Sin síntomas.

Gastrointestinal: Sin síntomas.

Genitourinario: Sin síntomas.

Osteomusculoarticular: Sin síntomas.

Mamas: Sin síntomas.

Piel y Faneras: Sin síntomas.

Hematológico y Linfático: Sin síntomas.

Endocrinológico: Sin síntomas.

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Estado general: Buen estado general

Frecuencia Cardíaca: 75 Latidos/min

Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min

Tensión Arterial Sistólica: 130 mmHg

Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg

Tensión Arterial Media: 96.7 mmHg

Temperatura: 37 °C

Peso: 78 Kg

Talla: 1.7 m

Índice de Masa Corporal: 26.99

Superficie corporal: 1.95 m2

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCÉS IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

Cabeza: Observaciones: Normocéfalo.

Organos de los Sentidos: Observaciones: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.

Cuello: Observaciones: Sin masas ni adenopatías.

Mama: Observaciones: No evaluada.

Cardiovascular: Observaciones: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.

Pulmonar: Observaciones: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..

Abdomen y pelvis: Observaciones: Blando, depresible, doloroso a la palpación generalizada, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.

Genitales: Observaciones: No evaluados.

Extremidades Superiores: Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.

Extremidades Inferiores: Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.

Osteomusculoesquelético: Observaciones: Sin alteraciones.

Examen Neurológico: Observaciones: Alerta, orientado, sin déficit aparente..

Piel y Anexos: Observaciones: Normal.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

masculino de 62 años de edad acude por cuadro de deposiciones líquidas no disentericas en el día de hoy en numero de dos y escalofríos asociados ultimo psa hace mas de dos años actualmente sin síns sintomático cardiovascular algico abdominal no signos de irritación epritoneal se oprdenan laboratolios se ordena eco abdominal anteceantecedentes de cx de colon y dolora ctual se revalorara de immediati tenbga resultados se dan recomendaciones de hacer 30 minutos o más de actividad física leve a moderada de acuerdo tolerancia 5 o más días a la semana, realizar tomas de tensión arterial de forma periódica, tomar medicamentos recomendados para control de patología crónica de acuerdo a las recomendaciones horarias y a las pautas de los mismos en caso de evento adverso consultar, No utilizar la comida como válvula de escape de los problemas, no sólo no van a solucionarse sino que añadimos uno nuevo al que ya teníamos. Es importante complementar la dieta con el ejercicio físico para aumentar el gasto de energía, sirve cualquier tipo de actividad como caminar o subir y bajar escaleras. Comer con tranquilidad, masticar despacio y no hacer otras cosas al mismo tiempo, evitar el exceso de reposo. Dormir una media de 8 horas diarias. Descansar bien es imprescindible para sobrellevar bien el ritmo de la dieta. Se dan signos de alarma, acudir a odontología para control de salud dental, cumplir con esquema de vacunación, se recomienda aplicacion de vacuna para prevenir influenza, tener cuidado de heridas cortaduras o mala higiene en los pies. Acudir a controles de forma asignada.

**DIAGNOSTICO**

Diagnóstico Principal: Otros dolores abdominales y los no especificados (R104), Bilateral, Impresión diagnóstica, Enfermedad general.

Diagnóstico Asociado 1: Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (A09X), Impresión diagnóstica.

Diagnóstico Asociado 2: Examen de pesquisa especial para tumor de la prostata (Z125), Impresión diagnóstica.

Diagnóstico Asociado 3: Nausea y vomito (R11X), Impresión diagnóstica.

**ASESORÍAS**

Asesoría Pre: Se explica al paciente la importancia de hacerse el antígeno prostático.

**PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS****FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO**

1. Ranitidina clorhidrato Tab 150mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 12 hora(s) por 10 día(s). Cantidad total: 20, Número de entregas: 1

2. Aluminio hidroxido+Magnesio hidroxido+Simeticona (Dimeticona metil polisiloxano) Susp oral (200mg+200mg+20mg)/5ml: Tomar (vía Oral) 8 cc cada 12 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 480, Número de entregas: 1

3. Sales de rehidratación oral Granula Formula OMS: Tomar (vía Oral) cada 24 hora(s) por 3 día(s). Cantidad total: 3, Número de entregas: 1

Recomendaciones: tomar un sobre y diluir en un litro de agua y tomar a necesidad.

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS****ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita Hemograma i [hemoglobina, hematocrito y leucograma] metodo manual, No. 1.

2. Se solicita Glucosa en suero, LCR u otro fluido diferente a orina, No. 1.

3. Se solicita Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria, No. 1.

4. Se solicita Ultrasonografía de abdomen total : hígado, páncreas, vesícula, vías biliares, riñones, bazo, grandes vasos, pelvis y flancos, No. 1, dolor abdominal colico intermitente antecedentes de cx gastrointestinal .

5. Se solicita Antígeno específico de prostata [PSA], No. 1.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

**INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE****ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- OTRAS ALERGIAS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TÓXICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FAMILIARES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

(09/06/2014) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119), en Madre.

**- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO**

(18/05/2018,14:35:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/04/2018,16:37:28)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/03/2018,14:23:55)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/03/2018,13:58:33)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,15:20:37)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2018,18:30:35)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/01/2018,17:10:08)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

**ATENCIONES DEL PACIENTE**13/06/2014 14:25:13. E.P.S Sanitas - CENTRO MEDICO PIE DE LA POPA, CARTAGENA (DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 4868298. No. de afiliación: E.P.S SANITAS - 000-0000100000-0000-00.

Edad del paciente: 62 años.

Datos del profesional de la salud: Olga Herrera. Reg. Médico. 1473971186. Medicina General.

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, AUGUSTO TINOCO GARCES.

Motivo de consulta: vengo a traer resultados .

Enfermedad Actual: masculino de 62 años de edad acude con resultados ordenados por dolor abdominal en estudio refiere que con tratamiento instaurado previamente presento mejoría trae laboratorios 10-6-14 glicemia 96 hb 14.4 htc 44.6 leuco 7.900 plaquetas 335.000 psa 5.94 ecografía abdomen total 12-6-14 ligero crecimiento postrático con prostata de 30 gr

niega otra sintomatología asociada.

Estado de Salud: Bueno.

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntomas Generales: No presenta.

Neurológico: Sin síntomas.

Mental: Sin síntomas.

Organos de los Sentidos: Sin síntomas.

Respiratorio: Sin síntomas.

Cardiovascular: Sin síntomas.

Gastrointestinal: Sin síntomas.

Genitourinario: Sin síntomas.

Osteomusculoesquelético: Sin síntomas.

Mamas: Sin síntomas.

Piel y Anexos: Sin síntomas.

Hematológico y Linfático: Sin síntomas.

Endocrinológico: Sin síntomas.

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Estado general: Buen estado general

Frecuencia Cardíaca: 78 Latidos/min

Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min

Tensión Arterial Sistólica: 130 mmHg

Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg

Tensión Arterial Media: 96.7 mmHg

Temperatura: 37 °C

Peso: 78.6 Kg

Talla: 1.7 m

Índice de Masa Corporal: 27.2

Superficie corporal: 1.95 m<sup>2</sup>**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

Cabeza: Observaciones: Normocéfalo.

Organos de los Sentidos: Observaciones: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.

Cuello: Observaciones: Sin masas ni adenopatías.

Mama: Observaciones: No evaluada.

Cardiovascular: Observaciones: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.

Pulmonar: Observaciones: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..

Abdomen y pelvis: Observaciones: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.

Genitales: Observaciones: No evaluados.

Extremidades Superiores: Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.

Extremidades Inferiores: Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.

Osteomusculoarticular: Observaciones: Sin alteraciones.

Examen Neurológico: Observaciones: Alerta, orientado, sin déficit aparente..

Piel y Faneras: Observaciones: Normal.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

masculino de 62 años de edad acude con resultados de laboratorios que muestran psa alteracio con crecimiento de la prostata por ecografia solicitada manifiesta mejoría de cuadro gastrointestinal esta tolerando via oral se remite a urologia a valoracion se dan recomendaciones de no utilizar la comida como válvula de escape de los problemas, no sólo no van a solucionarse sino que añadimos uno nuevo al que ya teníamos. es importante complementar la dieta con el ejercicio físico para aumentar el gasto de energía. sirve cualquier tipo de actividad como caminar, bailar o subir y bajar escaleras, entre otros. comer con tranquilidad, masticar despacio y no hacer otras cosas al mismo tiempo, evitar el exceso de reposo. dormir una media de 8 horas diarias. descansar bien es imprescindible para sobrellevar bien el ritmo de la dieta. se dan signos de alarma. acudir a odontología para control de salud dental, cumplir con esquema de vacunación, se recomienda aplicación de vacuna para prevenir influenza, tener cuidado de heridas cortaduras o mala higiene en los pies. acudir a controles de forma asignada.

**DIAGNOSTICO**

Diagnóstico Principal: Trastorno de la prostata, no especificado (N429), Impresión diagnóstica, Enfermedad general.

**PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN**

1. Se solicita remisión Urologia Por solicitud del médico tratante en No requiere ambulancia, Prioridad: No prioritario. Justificación: masculino de 62 años de edad acude con resultados ordenados por dolor abdominal en estudio refiere que con tratamiento instaurado previamente presento mejoría trae laboratorios 10-6-14 glicemia 96 hb 14.4 htc 44.6 leuco 7.900 plaquetas 335.000 psa 5.94 ecografia abdomen total 12-6-14 ligero crecimiento postratico con prostata de 30 gr.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES      IDENTIFICACIÓN: CC 9079429      SEXO: Masculino      RAZA: Otros

**INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE****ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- OTRAS ALERGIAS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TÓXICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FAMILIARES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

(09/06/2014) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119), en Madre.

**- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO**

(18/05/2018,14:35:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/04/2018,16:37:28)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/03/2018,14:23:55)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin períodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/03/2018,13:58:33)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin períodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,15:20:37)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2018,18:30:35)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/01/2018,17:10:08)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCÉS IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

**ATENCIÓNES DEL PACIENTE****19/11/2014 09:44:21. E.P.S Sanitas Recobrales (Sophía) - CENTRO MEDICO PIE DE LA POPA, CARTAGENA (DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL**

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 5982652. No. de afiliación: E.P.S SANITAS RECOBRALES (SOPHÍA) - 000-0000100000-0000-00.

Edad del paciente: 62 años.

Datos del profesional de la salud: Silvia Cristina Carreño Caly. Reg. Médico. 1102828172. Medicina General.

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, AUGUSTO TINOCO GARCÉS.

Motivo de consulta: tengo mareos.

Enfermedad Actual: paciente con cuadro clínico de 1 día de evolución consistente en mareos, asociado a debilidad y dolor de cabeza, por lo que consulta. Estado de Salud: Bueno.

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Estado general: Buen estado general

Frecuencia Cardíaca: 70 Latidos/min

Frecuencia Respiratoria: 17 Respiraciones/min

Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg

Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg

Tensión Arterial Media: 93.3 mmHg

Temperatura: 37.3 °C

Peso: 80.8 Kg

Talla: 1.7 m

Índice de Masa Corporal: 27.96

Superficie corporal: 1.98 m<sup>2</sup>**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Observaciones: Normocéfalo.

Organos de los Sentidos: Observaciones: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.

Cuello: Observaciones: Sin masas ni adenopatías.

Mama: Observaciones: No evaluada.

Cardiovascular: Observaciones: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.

Pulmonar: Observaciones: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..

Abdomen y pelvis: Observaciones: Abundante panículo adiposo, blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.

Genitales: Observaciones: No evaluados.

Extremidades Superiores: Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.

Extremidades Inferiores: Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.

Osteomusculoesquelético: Observaciones: Sin alteraciones.

Examen Neurológico: Observaciones: Alerta, orientado, sin déficit aparente..

Piel y Faneras: Observaciones: Normal.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

paciente masculino de 62 años acude por cuadro clínico de 1 día de evolución consistente en mareos, asociado a debilidad y dolor de cabeza. Niega antecedentes patológicos conocidos. Se encuentra en buen estado general, afebril en el momento, asintomático cardiopulmonar, normotenso, no signos de SRIS, abdomen con abundante pániculo adiposo. Paciente sin antecedentes conocidos, se encuentra en sobrepeso, con cuadro de mareos ocasionales, por lo que se solicitan exámenes para determinar alteraciones tempranas e intervenir oportunamente. Se solicita hemograma, glicemia, perfil lipídico. Cita de control por medicina general con resultados. Se dan recomendaciones generales, realización de ejercicios diarios y signos de alarma. VERTIGO: LOS EJERCICIOS DEL CUERPO, LA CABEZA Y LOS OJOS DEBEN REALIZARSE DE MANERA ALTERNADA. ES ACONSEJABLE AUMENTAR LA VELOCIDAD Y LA FRECUENCIA PAULATINAMENTE

- EJERCICIO 1. MUEVA LOS OJOS HACIA ARRIBA Y HACIA ABAJO
- EJERCICIO 2. MUEVA LOS OJOS A LA DERECHA Y A LA IZQUIERDA
- EJERCICIO 3. AYUDÁNDOSE CON LOS DEDOS INDICE O CON UN LAPIZ MIRE CERCA Y LEJOS
- EJERCICIO 4. MUEVA LA CABEZA HACIA ADELANTE Y HACIA A TRAS
- EJERCICIO 5. GIRE LA CABEZA A LA IZQUIERDA Y A LA DERECHA
- EJERCICIO 6. TOME UN LAPIZ O UN OBJETO SIMILAR, FIJE SU MIRADA EN EL Y MUEVALO A DISTINTAS DISTANCIAS Y ALTURAS
- EJERCICIO 7. VOLTEE EL TRONCO A LA DERECHA Y A LA IZQUIERDA, ALTERNAMENTE
- EJERCICIO 8. SIENTESE Y LEVANTESE CON LOS OJOS ABIERTOS. LUEGO HAGA LO MISMO CON LOS OJOS CERRADOS
- EJERCICIO 9. LANCE UNA BOLA DE PAPEL AL AIRE Y ATRAPELA
- EJERCICIO 10. LANCE UNA BOLA DE PAPEL DE UNA MANO A LA OTRA
- EJERCICIO 11. CON LA AYUDA DE OTRA PERSONA, LANCE Y ATRAPE SIMULTANEAMENTE UNA BOLA DE PAPEL

**DIAGNOSTICO**

Diagnóstico Principal: Mareo y desvanecimiento (R42X), MAREO SIN DESVANECIMIENTO, Impresión diagnóstica, Enfermedad general.  
Diagnóstico Asociado 1: Otros exámenes generales (Z008), Impresión diagnóstica.

**PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS****FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO**

- 1. Vitamina B1 (Tiamina) Tab 300mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 20 día(s). Cantidad total: 20, Número de entregas: 1
- 2. Vitamina C (Áscorbico ácido) Tab mast 500mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 1 día(s) por 20 día(s). Cantidad total: 20, Número de entregas: 1

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS****ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

- 1. Se solicita Triglicéridos, No. 1.
- 2. Se solicita Colesterol de alta densidad [HDL], No. 1.
- 3. Se solicita Colesterol total, No. 1.
- 4. Se solicita Hemograma IV [hemoglobina, hematocrito, recuento de eritrocitos, índices eritrocitarios, leucograma, recuento de plaquetas, índices plaquetarios y morfología electrónica e histograma] método automático (233), No. 1.
- 5. Se solicita Glucosa en suero, LCR u otro fluido diferente a orina, No. 1, EN SANGRE.
- 6. Se solicita Colesterol de baja densidad [LDL] enzimático, No. 1.

**PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES****Recomendación 1:****RECOMENDACIONES GENERALES: VERTIGO****CONTROL POR CONSULTA EXTERNA**

LOS EJERCICIOS DEL CUERPO, LA CABEZA Y LOS OJOS DEBEN REALIZARSE DE MANERA ALTERNADA. ES ACONSEJABLE AUMENTAR LA VELOCIDAD Y LA FRECUENCIA PAULATINAMENTE

- EJERCICIO 1. MUEVA LOS OJOS HACIA ARRIBA Y HACIA ABAJO
- EJERCICIO 2. MUEVA LOS OJOS A LA DERECHA Y A LA IZQUIERDA
- EJERCICIO 3. AYUDÁNDOSE CON LOS DEDOS INDICE O CON UN LAPIZ MIRE CERCA Y LEJOS
- EJERCICIO 4. MUEVA LA CABEZA HACIA ADELANTE Y HACIA A TRAS
- EJERCICIO 5. GIRE LA CABEZA A LA IZQUIERDA Y A LA DERECHA
- EJERCICIO 6. TOME UN LAPIZ O UN OBJETO SIMILAR, FIJE SU MIRADA EN EL Y MUEVALO A DISTINTAS DISTANCIAS Y ALTURAS
- EJERCICIO 7. VOLTEE EL TRONCO A LA DERECHA Y A LA IZQUIERDA, ALTERNAMENTE
- EJERCICIO 8. SIENTESE Y LEVANTESE CON LOS OJOS ABIERTOS. LUEGO HAGA LO MISMO CON LOS OJOS CERRADOS
- EJERCICIO 9. LANCE UNA BOLA DE PAPEL AL AIRE Y ATRAPELA
- EJERCICIO 10. LANCE UNA BOLA DE PAPEL DE UNA MANO A LA OTRA

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES      IDENTIFICACIÓN: CC 9079429      SEXO: Masculino      RAZA: Otros

EJERCICIO 11. CON LA AYUDA DE OTRA PERSONA, LANCE Y ATRAPE SIMULTANEAMENTE UNA BOLA DE PAPEL

ACTIVIDAD FÍSICA: TODOS LOS DIAS CAMINAR MINIMO 30 MINUTOS DIARIOS

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Centro Medico Pie de la Popa



**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

**INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**

**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE**

**- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- OTRAS ALERGIAS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TÓXICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FAMILIARES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

(09/06/2014) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119), en Madre.

**- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO**

(18/05/2018,14:35:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/04/2018,16:37:28)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/03/2018,14:23:55)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/03/2018,13:58:33)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,15:20:37)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2018,18:30:35)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/01/2018,17:10:08)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

**ATENCIONES DEL PACIENTE****22/06/2015 07:40:11. E.P.S Sanitas - CENTRO MEDICO PIE DE LA POPA, CARTAGENA (DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL**Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 7642285. No. de afiliación: E.P.S SANITAS - 000-0000100000-0000-00.  
Edad del paciente: 63 años.

Datos del profesional de la salud: Leiver Tapia Perez. Reg. Médico. 72339959. Medicina General.

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, AUGUSTO TINOCO GARCES.

Motivo de consulta: "VENGO A CONTROL GENERAL".

Enfermedad Actual: MASCULINO CON ANTECEDENTE DE HIPERLIPIDEMIA, ACUDE EL DIA DE HOY PARA REALIZAR CONTROL GENERAL, ACTUALMENTE REIFERE PRESENTAR MIOARTRALGIAS GENERALIZADAS OCASIONALES..

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Frecuencia Cardíaca: 74 Latidos/min  
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min  
Tensión Arterial Sistólica: 150 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica: 90 mmHg  
Tensión Arterial Media: 110 mmHg  
Temperatura: 37 °C  
Peso: 81.2 Kg  
Talla: 1.7 m  
Índice de Masa Corporal: 28.1  
Superficie corporal: 1.99 m2

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Observaciones: Normocéfalo.  
Organos de los Sentidos: Observaciones: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.  
Cuello: Observaciones: Sin masas ni adenopatias.  
Mama: Observaciones: No evaluada.  
Cardiovascular: Observaciones: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.  
Pulmonar: Observaciones: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..  
Abdomen y pelvis: Observaciones: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.  
Genitales: Observaciones: No evaluados.  
Extremidades Superiores: Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.  
Extremidades Inferiores: Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.  
Osteomusculoarticular: Observaciones: Sin alteraciones.  
Examen Neurológico: Observaciones: Alerta, orientado, sin déficit aparente..  
Piel y Faneras: Observaciones: Normal.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

SE ORDENA PSA COMO PARTE DE PROGRAMA PYP PARA DETECCIÓN DE PATOLOGIAS PROSTATICAS, ADEMAS SE ORDENA CONTROL AMBULATORIO DE TA POR ENCONTRARSE CIFRAS DE TENSION ARTERIAL ELEVADAS.



**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

**DIAGNOSTICO**

Diagnóstico Principal: Examen de pesquisa especial para tumor de la prostata (Z125), Confirmado nuevo, Enfermedad general.

Diagnóstico Asociado 1: Lectura elevada de la presion sanguinea, sin diagnostico de hipertension (R030), No Aplica, Confirmado nuevo.

Diagnóstico Asociado 2: Parasitosis intestinal, sin otra especificacion (B829), Impresión diagnóstica.

**PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS**

**FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO**

1. Acetaminofen Tab 500mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 12 hora(s) por 10 día(s). Cantidad total: 20, Número de entregas: 1
2. Tinidazol Tab 500mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 12 hora(s) por 2 día(s). Cantidad total: 4, Número de entregas: 1
3. Vitamina B1 (Tiamina) Tab 300mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 20 día(s). Cantidad total: 20, Número de entregas: 1

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

**ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita Colesterol total, No. 1.
2. Se solicita Colesterol de alta densidad [HDL], No. 1.
3. Se solicita Triglicéridos, No. 1.
4. Se solicita Hemograma i [hemoglobina, hematocrito y leucograma] metodo manual, No. 1.
5. Se solicita Glucosa en suero, LCR u otro fluido diferente a orina, No. 1.
6. Se solicita Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria, No. 1.
7. Se solicita Antígeno específico de prostata [PSA], No. 1.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

**INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE****ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- OTRAS ALERGIAS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TÓXICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FAMILIARES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

(09/06/2014) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119), en Madre.

**- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO**

(18/05/2018,14:35:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/04/2018,16:37:28)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/03/2018,14:23:55)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/03/2018,13:58:33)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,15:20:37)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2018,18:30:35)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/01/2018,17:10:08)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

Impreso por: vpirarte

06/09/2018 11:28:35

Página

4

de

6

Firmado Electrónicamente

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

**ATENCIONES DEL PACIENTE**

26/06/2015 09:46:23. E.P.S Sanitas - CENTRO MEDICO PIE DE LA POPA, CARTAGENA (DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL)

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 7689878. No. de afiliación: E.P.S SANITAS - 000-0000100000-0000-00.  
Edad del paciente: 63 años.

Datos del profesional de la salud: Leiver Tapia Perez. Reg. Médico. 72339959. Medicina General.

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, AUGUSTO TINOCO GARCES.

Motivo de consulta: "TRAIGO RESULTADOS".

Enfermedad Actual: MASCULINO ACUDE EL DIA DE HOY A CITA MEDICA PARA MOSTRAR REUSLTADOS DE PARALCINICOS DEL 23/06/15 QUE REPORTAN GLICEMIA: 100, C. TOTAL: 190, C. HDL: 53.8, C. LDL: 112, TGC: 118, HEMOGRAMA GR: 4.35, HTO: 42.8, HB: 13.7, LEU: 7.85, PLT: 327.000, UROANALISIS ASP: L/TURBIO, NITRITOS: NEGATIVOS, LEU: 2-4, BACT: +, PSA: 9.16, PSA DEL 10/06/14 REPORTA 5.94, NIEGA SINTOMAS URINARIOS BAJOS, TALES COMO NICTURIA, PUJO MICCIONAL O GOSTEO POSTMICCIONAL..

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Frecuencia Cardíaca: 74 Latidos/min  
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min  
Tensión Arterial Sistólica: 140 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica: 90 mmHg  
Tensión Arterial Media: 106.7 mmHg  
Temperatura: 37 °C  
Peso: 81.2 Kg  
Talla: 1.7 m  
Índice de Masa Corporal: 28.1 (kg/m2)  
Superficie corporal: 1.99 m2

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.  
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.  
Cuello: Sin masas ni adenopatías.  
Mama: No evaluada.  
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.  
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..  
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.  
Genitales: No evaluados.  
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.  
Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.  
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.  
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..  
Piel y Faneras: Normal.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES      IDENTIFICACIÓN: CC 9079429      SEXO: Masculino      RAZA: Otros

MASCULINO CON ELEVACION DE ANTIGENO PROSTATICO EN SANGRE, SE DEICDE ORDENAR REMISION PARA VALORACION ESPECIALIZADA POR UROLOGIA, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

**DIAGNOSTICO**

Diagnóstico Principal: Otros trastornos especificados de la prostata (N428), Confirmado nuevo, Causa Externa: Enfermedad general.  
Diagnóstico Asociado 1: Hiperplasia de la prostata (N40X), Impresión diagnóstica.

**PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS**  
**FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO**

1. Hierro (Ferroso) Sulfato anhidro Tab 300mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 1 día(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1

**PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN**

1. Se solicita remisión Urología Por solicitud del médico tratante. Justificación: MASCULINO ACUDE EL DIA DE HOY A CITA MEDICA PARA MOSTRAR REUSLTADOS DE PARALCINICOS DEL 23/06/15 QUE REPORTAN UROANALISIS ASP: L/TURBIO, NITRITOS: NEGATIVOS, LEU: 2-4, BACT: +, PSA: 9.16. SE OBSERVA PSA REALIZADO EL 10/06/14 QUE REPORTA 5.94, NIEGA SINTOMAS URINARIOS BAJOS, TALES COMO NICTURIA, PUJO MICCIONAL O GOSTEO POSTMICCIONAL..

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

**INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE****ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- OTRAS ALERGIAS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TÓXICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FAMILIARES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

(09/06/2014) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (E119), en Madre.

**- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO**

(18/05/2018,14:35:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/04/2018,16:37:28)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/03/2018,14:23:55)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/03/2018,13:58:33)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,15:20:37)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin períodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2018,18:30:35)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin períodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/01/2018,17:10:08)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

**ATENCIONES DEL PACIENTE****23/06/2016 07:43:24. E.P.S Sanitas - CENTRO MEDICO PIE DE LA POPA, CARTAGENA (DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL)**Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 11118913. No. de afiliación: E.P.S SANITAS - 000-0000100000-0000-00.  
Edad del paciente: 64 años.

Datos del profesional de la salud: WILLIAM ERNESTO LOPEZ TORRES. Reg. Médico. 71621984. Medicina General.

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**Información suministrada por: Paciente, AUGUSTO TINOCO GARCES.  
Motivo de consulta: mareos.

Enfermedad Actual: paciente que viene a consulta por cuadro clínico de mas o menos 8 dias de sensacion de vertigo asociado criodiaforesis ,debilidad , consulto en 2 ocasiones a urgencias donde se le calmo vertigo , en la segunda ocacion 19/06/2016 presento ademas dolor toracico en region precordial tipo opresion de intensidad 3/10 no irradiado asociado disnea ,criodiaforesis , debilidad , ,tension arterial aumentada 150/90 se le realizo laboratorios que trae el día de hoy 15 de junio de 2016 : glicemia :98.70 , colesterol total:214.30 , hdl:48.30 , ldl:138.38 , trigliceridos:138.10 , hemograma : rojos :4.650 , hb:14.80 hto:46.30 , leucos:7.460 , neutrofilos : 49% , plaquetas: 318.000 , ademas trea electrocardiograma del dia 17 de 06/2016 extrasistoles supraventriculares frecuentes , bloqueo incompleto de rama derecha , cambios difusos repolarizacion ventricular

rxs: niega

antecedentes personales:

patologico: niega

qx: laparotomia

niega alergias a medicamentos

farmacologico: ndolex

antecedentes familiares: hipertension arterial , diabetes mellitus.

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Estado general: Buen estado general

Frecuencia Cardíaca: 70 Latidos/min

Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min

Tensión Arterial Sistólica: 130 mmHg

Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg

Tensión Arterial Media: 90 mmHg

Talla: 1.7 m

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.

Órganos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.

Cuello: Sin masas ni adenopatías.

Mama: No evaluada.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos ritmicos, sin soplos ni desdoblamientos.

Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..

Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.

Genitales: No evaluados.

Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.  
 Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.  
 Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..  
 Piel y Faneras: Normal.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

paciente que viene a consulta por cuadro clínico de mas o menos 8 dias de sensacion de vertigo asociado criodiaforesis ,debilidad , consulto en 2 ocasiones a urgencias donde se le calmo vertigo , en la segunda ocacion 19/06/2016 presento ademas dolor toracico en region precordial tipo opresion de intensidad 3/10 no irradiado asociado disnea ,criodiaforesis , debilidad ,tension arterial aumentada 150/90 se le realizo laboratorios que trae el dia de hoy 15 de junio de 2016 : glicemia :98.70 , colesterol total:214.30 , hdl:48.30 , ldl:138.38 , trigliceridos:138.10 , hemograma : rojos : 4.650 , hb:14.80 hto:46.30 , leucos:7.460 , neutrofilos : 49% , plaquetas: 318.000 , ademas trea electrocardiograma del dia 17 de 06/2016 extrasistoles supraventriculares frecuentes , bloqueo incompleto de rama derecha , cambios difusos repolarizacion ventricular ,rxs: niega, paciente con adecuado estado general el dia de hoy , con prehipertension , con electrocardiograma que presenta alteraciones de gran importancia que podrian ser la causa del vertigo y dolor toracico del paciente , se le ordenara holter de presion y electrocardiografico en 24 horas , ecocardiograma , rx de torax , prueba de esfuerzo , cita con medicina interna , recomendaciones y signos de alarma

**DIAGNOSTICO**

Diagnóstico Principal: Dolor en el pecho, no especificado (R074), Impresión diagnóstica. Causa Externa: Enfermedad general.

Diagnóstico Asociado 1: Arritmia cardiaca, no especificada (I499), Impresión diagnóstica.

Diagnóstico Asociado 2: Lectura elevada de la presion sanguinea, sin diagnostico de hipertension (R030), No Aplica, Impresión diagnóstica.

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**
**ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita Potasio, No. 1, paciente que viene a consulta por cuadro clínico de mas o menos 8 dias de sensacion de vertigo asociado criodiaforesis ,debilidad , consulto en 2 ocasiones a urgencias donde se le calmo vertigo , en la segunda ocacion 19/06/2016 presento ademas dolor toracico en region precordial tipo opresion de intensidad 3/10 no irradiado asociado disnea ,criodiaforesis , debilidad ,tension arterial aumentada 150/90 se le realizo laboratorios que trae el dia de hoy 15 de junio de 2016 : glicemia :98.70 , colesterol total:214.30 , hdl:48.30 , ldl:138.38 , trigliceridos:138.10 , hemograma : rojos : 4.650 , hb:14.80 hto:46.30 , leucos:7.460 , neutrofilos : 49% , plaquetas: 318.000 , ademas trea electrocardiograma del dia 17 de 06/2016 extrasistoles supraventriculares frecuentes , bloqueo incompleto de rama derecha , cambios difusos repolarizacion ventricular ,rxs: niega, paciente con adecuado estado general el dia de hoy , con prehiper.
2. Se solicita Electrocardiografia dinamica (holter), No. 1, paciente que viene a consulta por cuadro clínico de mas o menos 8 dias de sensacion de vertigo asociado criodiaforesis ,debilidad , consulto en 2 ocasiones a urgencias donde se le calmo vertigo , en la segunda ocacion 19/06/2016 presento ademas dolor toracico en region precordial tipo opresion de intensidad 3/10 no irradiado asociado disnea ,criodiaforesis , debilidad ,tension arterial aumentada 150/90 se le realizo laboratorios que trae el dia de hoy 15 de junio de 2016 : glicemia :98.70 , colesterol total:214.30 , hdl:48.30 , ldl:138.38 , trigliceridos:138.10 , hemograma : rojos : 4.650 , hb:14.80 hto:46.30 , leucos:7.460 , neutrofilos : 49% , plaquetas: 318.000 , ademas trea electrocardiograma del dia 17 de 06/2016 extrasistoles supraventriculares frecuentes , bloqueo incompleto de rama derecha , cambios difusos repolarizacion ventricular ,rxs: niega, paciente con adecuado estado general el dia de hoy , con prehiper.
3. Se solicita Monitoreo de presion arterial sistematica SOD, No. 1, paciente que viene a consulta por cuadro clínico de mas o menos 8 dias de sensacion de vertigo asociado criodiaforesis ,debilidad , consulto en 2 ocasiones a urgencias donde se le calmo vertigo , en la segunda ocacion 19/06/2016 presento ademas dolor toracico en region precordial tipo opresion de intensidad 3/10 no irradiado asociado disnea ,criodiaforesis , debilidad ,tension arterial aumentada 150/90 se le realizo laboratorios que trae el dia de hoy 15 de junio de 2016 : glicemia :98.70 , colesterol total:214.30 , hdl:48.30 , ldl:138.38 , trigliceridos:138.10 , hemograma : rojos : 4.650 , hb:14.80 hto:46.30 , leucos:7.460 , neutrofilos : 49% , plaquetas: 318.000 , ademas trea electrocardiograma del dia 17 de 06/2016 extrasistoles supraventriculares frecuentes , bloqueo incompleto de rama derecha , cambios difusos repolarizacion ventricular ,rxs: niega, paciente con adecuado estado general el dia de hoy , con prehiper.
4. Se solicita Uroanalisis con sedimento y densidad urinaria, No. 1, paciente que viene a consulta por cuadro clínico de mas o menos 8 dias de sensacion de vertigo asociado criodiaforesis ,debilidad , consulto en 2 ocasiones a urgencias donde se le calmo vertigo , en la segunda ocacion 19/06/2016 presento ademas dolor toracico en region precordial tipo opresion de intensidad 3/10 no irradiado asociado disnea ,criodiaforesis , debilidad ,tension arterial aumentada 150/90 se le realizo laboratorios que trae el dia de hoy 15 de junio de 2016 : glicemia :98.70 , colesterol total:214.30 , hdl:48.30 , ldl:138.38 , trigliceridos:138.10 , hemograma : rojos : 4.650 , hb:14.80 hto:46.30 , leucos:7.460 , neutrofilos : 49% , plaquetas: 318.000 , ademas trea electrocardiograma del dia 17 de 06/2016 extrasistoles supraventriculares frecuentes , bloqueo incompleto de rama derecha , cambios difusos repolarizacion ventricular ,rxs: niega, paciente con adecuado estado general el dia de hoy , con prehiper.
5. Se solicita Prueba ergometrica (test de ejercicio), No. 1, paciente que viene a consulta por cuadro clínico de mas o menos 8 dias de sensacion de vertigo asociado criodiaforesis ,debilidad , consulto en 2 ocasiones a urgencias donde se le calmo vertigo , en la segunda ocacion 19/06/2016 presento ademas dolor toracico en region precordial tipo opresion de intensidad 3/10 no irradiado asociado disnea ,criodiaforesis , debilidad ,tension arterial aumentada 150/90 se le realizo laboratorios que trae el dia de hoy 15 de junio de 2016 : glicemia :98.70 , colesterol total:214.30 , hdl:48.30 , ldl:138.38 , trigliceridos:138.10 , hemograma : rojos : 4.650 , hb:14.80 hto:46.30 , leucos:7.460 , neutrofilos : 49% , plaquetas: 318.000 , ademas trea electrocardiograma del dia 17 de 06/2016 extrasistoles supraventriculares frecuentes , bloqueo incompleto de rama derecha , cambios difusos repolarizacion ventricular ,rxs: niega, paciente con adecuado estado general el dia de hoy , con prehiper.
6. Se solicita Ecocardiograma modo M y bidimensional con doppler a color, No. 1, paciente que viene a consulta por cuadro clínico de mas o menos 8 dias

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

de sensación de vertigo asociado criodiaforesis ,debilidad , consulto en 2 ocasiones a urgencias donde se le calmo vertigo , en la segunda ocacion 19/06/2016 presento ademas dolor toracico en region precordial tipo opresion de intensidad 3/10 no irradiado asociado disnea ,criodiaforesis , debilidad ,tension arterial aumentada 150/90 se le realizo laboratorios que trae el dia de hoy 15 de junio de 2016 : glicemia :98.70 , colesterol total: 214.30 , hdl:48.30 , ldl:138.38 , trigliceridos:138.10 , hemograma : rojos :4.650 , hb:14.80 hto:46.30 , leucos:7.460 , neutrofilos : 49% , plaquetas: 318.000 , ademas trea electrocardiograma del dia 17 de 06/2016 extrasistoles supraventriculares frecuentes , bloqueo incompleto de rama derecha , cambios difusos repolarizacion ventricular ,rxs: niega, paciente con adecuado estado general el dia de hoy , con prehiper.

7. Se solicita Creatinina en suero, orina u otros, No. 1, paciente que viene a consulta por cuadro clinico de mas o menos 8 dias de sensación de vertigo asociado criodiaforesis ,debilidad , consulto en 2 ocasiones a urgencias donde se le calmo vertigo , en la segunda ocacion 19/06/2016 presento ademas dolor toracico en region precordial tipo opresion de intensidad 3/10 no irradiado asociado disnea ,criodiaforesis , debilidad ,tension arterial aumentada 150/90 se le realizo laboratorios que trae el dia de hoy 15 de junio de 2016 : glicemia :98.70 , colesterol total:214.30 , hdl:48.30 , ldl:138.38 , trigliceridos:138.10 , hemograma : rojos :4.650 , hb:14.80 hto:46.30 , leucos:7.460 , neutrofilos : 49% , plaquetas: 318.000 , ademas trea electrocardiograma del dia 17 de 06/2016 extrasistoles supraventriculares frecuentes , bloqueo incompleto de rama derecha , cambios difusos repolarizacion ventricular ,rxs: niega, paciente con adecuado estado general el dia de hoy , con prehiper.

8. Se solicita Glucosa en suero, LCR u otro fluido diferente a orina, No. 1, paciente que viene a consulta por cuadro clinico de mas o menos 8 dias de sensación de vertigo asociado criodiaforesis ,debilidad , consulto en 2 ocasiones a urgencias donde se le calmo vertigo , en la segunda ocacion 19/06/2016 presento ademas dolor toracico en region precordial tipo opresion de intensidad 3/10 no irradiado asociado disnea ,criodiaforesis , debilidad ,tension arterial aumentada 150/90 se le realizo laboratorios que trae el dia de hoy 15 de junio de 2016 : glicemia :98.70 , colesterol total: 214.30 , hdl:48.30 , ldl:138.38 , trigliceridos:138.10 , hemograma : rojos :4.650 , hb:14.80 hto:46.30 , leucos:7.460 , neutrofilos : 49% , plaquetas: 318.000 , ademas trea electrocardiograma del dia 17 de 06/2016 extrasistoles supraventriculares frecuentes , bloqueo incompleto de rama derecha , cambios difusos repolarizacion ventricular ,rxs: niega, paciente con adecuado estado general el dia de hoy , con prehiper.

**PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN**

1. Se solicita remisión Medicina Interna Por solicitud del médico tratante. Justificación: paciente que viene a consulta por cuadro clinico de mas o menos 8 dias de sensación de vertigo asociado criodiaforesis ,debilidad , consulto en 2 ocasiones a urgencias donde se le calmo vertigo , en la segunda ocacion 19/06/2016 presento ademas dolor toracico en region precordial tipo opresion de intensidad 3/10 no irradiado asociado disnea ,criodiaforesis , debilidad ,tension arterial aumentada 150/90 se le realizo laboratorios que trae el dia de hoy 15 de junio de 2016 : glicemia :98.70 , colesterol total: 214.30 , hdl:48.30 , ldl:138.38 , trigliceridos:138.10 , hemograma : rojos :4.650 , hb:14.80 hto:46.30 , leucos:7.460 , neutrofilos : 49% , plaquetas: 318.000 , ademas trea electrocardiograma del dia 17 de 06/2016 extrasistoles supraventriculares frecuentes , bloqueo incompleto de rama derecha , cambios difusos repolarizacion ventricular ,rxs: niega, paciente con adecuado estado general el dia de hoy , con prehiper. Observaciones: paciente que viene a consulta por cuadro clinico de mas o menos 8 dias de sensación de vertigo asociado criodiaforesis ,debilidad , consulto en 2 ocasiones a urgencias donde se le calmo vertigo , en la segunda ocacion 19/06/2016 presento ademas dolor toracico en region precordial tipo opresion de intensidad 3/10 no irradiado asociado disnea ,criodiaforesis , debilidad ,tension arterial aumentada 150/90 se le realizo laboratorios que trae el dia de hoy 15 de jun.
2. Se solicita remisión Medicina Interna Por solicitud del médico tratante. Justificación: paciente que viene a consulta por cuadro clinico de mas o menos 8 dias de sensación de vertigo asociado criodiaforesis ,debilidad , consulto en 2 ocasiones a urgencias donde se le calmo vertigo , en la segunda ocacion 19/06/2016 presento ademas dolor toracico en region precordial tipo opresion de intensidad 3/10 no irradiado asociado disnea ,criodiaforesis , debilidad ,tension arterial aumentada 150/90 se le realizo laboratorios que trae el dia de hoy 15 de junio de 2016 : glicemia :98.70 , colesterol total: 214.30 , hdl:48.30 , ldl:138.38 , trigliceridos:138.10 , hemograma : rojos :4.650 , hb:14.80 hto:46.30 , leucos:7.460 , neutrofilos : 49% , plaquetas: 318.000 , ademas trea electrocardiograma del dia 17 de 06/2016 extrasistoles supraventriculares frecuentes , bloqueo incompleto de rama derecha , cambios difusos repolarizacion ventricular ,rxs: niega, paciente con adecuado estado general el dia de hoy , con prehiper. Observaciones: paciente que viene a consulta por cuadro clinico de mas o menos 8 dias de sensación de vertigo asociado criodiaforesis ,debilidad , consulto en 2 ocasiones a urgencias donde se le calmo vertigo , en la segunda ocacion 19/06/2016 presento ademas dolor toracico en region precordial tipo opresion de intensidad 3/10 no irradiado asociado disnea ,criodiaforesis , debilidad ,tension arterial aumentada 150/90 se le realizo laboratorios que trae el dia de hoy 15 de jun.
3. Se solicita remisión Medicina Interna Por solicitud del médico tratante. Justificación: paciente que viene a consulta por cuadro clinico de mas o menos 8 dias de sensación de vertigo asociado criodiaforesis ,debilidad , consulto en 2 ocasiones a urgencias donde se le calmo vertigo , en la segunda ocacion 19/06/2016 presento ademas dolor toracico en region precordial tipo opresion de intensidad 3/10 no irradiado asociado disnea ,criodiaforesis , debilidad ,tension arterial aumentada 150/90 se le realizo laboratorios que trae el dia de hoy 15 de junio de 2016 : glicemia :98.70 , colesterol total: 214.30 , hdl:48.30 , ldl:138.38 , trigliceridos:138.10 , hemograma : rojos :4.650 , hb:14.80 hto:46.30 , leucos:7.460 , neutrofilos : 49% , plaquetas: 318.000 , ademas trea electrocardiograma del dia 17 de 06/2016 extrasistoles supraventriculares frecuentes , bloqueo incompleto de rama derecha , cambios difusos repolarizacion ventricular ,rxs: niega, paciente con adecuado estado general el dia de hoy , con prehiper. Observaciones: paciente que viene a consulta por cuadro clinico de mas o menos 8 dias de sensación de vertigo asociado criodiaforesis ,debilidad , consulto en 2 ocasiones a urgencias donde se le calmo vertigo , en la segunda ocacion 19/06/2016 presento ademas dolor toracico en region precordial tipo opresion de intensidad 3/10 no irradiado asociado disnea ,criodiaforesis , debilidad ,tension arterial aumentada 150/90 se le realizo laboratorios que trae el dia de hoy 15 de jun.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2018,18:30:35)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/01/2018,17:10:08)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES      IDENTIFICACIÓN: CC 9079429      SEXO: Masculino      RAZA: Otros

**INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE****ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- OTRAS ALERGIAS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TÓXICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FAMILIARES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

(09/06/2014) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119), en Madre.

**- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO**

(18/05/2018, 14:35:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/04/2018,16:37:28)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/03/2018,14:23:55)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/03/2018,13:58:33)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,15:20:37)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

**ATENCIONES DEL PACIENTE**

**19/01/2018 17:10:08. E.P.S Sanitas - CENTRO MEDICO PIE DE LA POPA, CARTAGENA (DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL**

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 19581782. No. de afiliación: E.P.S SANITAS - 000-0000100000-0000-00.  
Edad del paciente: 65 años.

Datos del profesional de la salud: Henry Alberto Ruiz Ferrer. Reg. Médico. 73183426. Medicina General.

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, AUGUSTO TINOCO GARCES.

Motivo de consulta: "cita control".

Enfermedad Actual: paciente que consulta a control luego de un año que el día 10 de enero presento elevacion de la presion e horas de la noche refiere situacion de estres refiere hipertrofia de cornete con manejo con becatasona.

Estado de Salud: Bueno.

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntomas Generales: No presenta.

Neurológico: Sin síntomas.

Mental: Sin síntomas.

Organos de los Sentidos: Sin síntomas.

Respiratorio: Sin síntomas.

Cardiovascular: Sin síntomas.

Gastrointestinal: Sin síntomas.

Genitourinario: Sin síntomas.

Osteomusculoarticular: Sin síntomas.

Mamas: Sin síntomas.

Piel y Faneras: Sin síntomas.

Hematológico y Linfático: Sin síntomas.

Endocrinológico: Sin síntomas.

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Estado general: Buen estado general

Frecuencia Cardíaca: 82 Latidos/min

Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min

Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg

Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg

Tensión Arterial Media: 93.3 mmHg

Peso: 84 Kg

Talla: 1.7 m

Índice de Masa Corporal: 29.07 (kg/m<sup>2</sup>) -Sobrepeso

Superficie corporal: 2.03 m<sup>2</sup>

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.

Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

Otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.  
Cuello: Sin masas ni adenopatías.  
Mama: No evaluada.  
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.  
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados.  
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.  
Genitales: No evaluados.  
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.  
Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.  
Osteomusculoesquelético: Sin alteraciones.  
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente.  
Piel y Faneras: Normal.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

paciente que consulta a control luego de un año que el día 10 de enero presento elevacion de la presion e horas de la noche refiere situacion de estres refiere hipertrofia de cornete con manejo con becatasona por lo que se le solicita exámenes de control y recomendaciones Hacer ejercicio por lo menos media hora al día, comer sanamente dieta rica en frutas y verduras baja en sales grasas y azucars, se recomienda uso de preservativo para disminuir probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual

**DIAGNOSTICO**

Diagnóstico Principal: Examen medico general (Z000), Impresión diagnóstica, Causa Externa: Enfermedad general.

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS****ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita Colesterol de alta densidad [HDL], No. 1, paciente que consulta a control luego de un año que el día 10 de enero presento elevacion de la presion e horas de la noche refiere situacion de estres refiere hipertrofia de cornete con manejo con becatasona por lo que se le solicita exámenes de control y recomendaciones Hacer ejercicio por lo menos media hora al día, comer sanamente dieta rica en frutas y verduras baja en sales grasas y azucars, se recomienda uso de preservativo para disminuir probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual.
2. Se solicita Glucosa en suero, LCR u otro fluido diferente a orina, No. 1, paciente que consulta a control luego de un año que el día 10 de enero presento elevacion de la presion e horas de la noche refiere situacion de estres refiere hipertrofia de cornete con manejo con becatasona por lo que se le solicita exámenes de control y recomendaciones Hacer ejercicio por lo menos media hora al día, comer sanamente dieta rica en frutas y verduras baja en sales grasas y azucars, se recomienda uso de preservativo para disminuir probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual.
3. Se solicita Colesterol total, No. 1, paciente que consulta a control luego de un año que el día 10 de enero presento elevacion de la presion e horas de la noche refiere situacion de estres refiere hipertrofia de cornete con manejo con becatasona por lo que se le solicita exámenes de control y recomendaciones Hacer ejercicio por lo menos media hora al día, comer sanamente dieta rica en frutas y verduras baja en sales grasas y azucars, se recomienda uso de preservativo para disminuir probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual.
4. Se solicita Hemograma IV [hemoglobina, hematocrito, recuento de eritrocitos, índices eritrocitarios, leucograma, recuento de plaquetas, índices plaquetarios y morfología electrónica e histograma] metodo automatico (233), No. 1, paciente que consulta a control luego de un año que el día 10 de enero presento elevacion de la presion e horas de la noche refiere situacion de estres refiere hipertrofia de cornete con manejo con becatasona por lo que se le solicita exámenes de control y recomendaciones Hacer ejercicio por lo menos media hora al día, comer sanamente dieta rica en frutas y verduras baja en sales grasas y azucars, se recomienda uso de preservativo para disminuir probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual.
5. Se solicita Antígeno específico de prostata [PSA], No. 1, paciente que consulta a control luego de un año que el día 10 de enero presento elevacion de la presion e horas de la noche refiere situacion de estres refiere hipertrofia de cornete con manejo con becatasona por lo que se le solicita exámenes de control y recomendaciones Hacer ejercicio por lo menos media hora al día, comer sanamente dieta rica en frutas y verduras baja en sales grasas y azucars, se recomienda uso de preservativo para disminuir probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual.
6. Se solicita Colesterol de baja densidad [LDL] enzimatico, No. 1, paciente que consulta a control luego de un año que el día 10 de enero presento elevacion de la presion e horas de la noche refiere situacion de estres refiere hipertrofia de cornete con manejo con becatasona por lo que se le solicita exámenes de control y recomendaciones Hacer ejercicio por lo menos media hora al día, comer sanamente dieta rica en frutas y verduras baja en sales grasas y azucars, se recomienda uso de preservativo para disminuir probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual.
7. Se solicita Trigliceridos, No. 1, paciente que consulta a control luego de un año que el día 10 de enero presento elevacion de la presion e horas de la noche refiere situacion de estres refiere hipertrofia de cornete con manejo con becatasona por lo que se le solicita exámenes de control y recomendaciones Hacer ejercicio por lo menos media hora al día, comer sanamente dieta rica en frutas y verduras baja en sales grasas y azucars, se recomienda uso de preservativo para disminuir probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual.

**PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES**

Recomendación 1:



**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES      IDENTIFICACIÓN: CC 9079429      SEXO: Masculino      RAZA: Otros

RECOMENDACIONES GENERALES: paciente que consulta a control luego de un año que el día 10 de enero presento elevacion de la presion e horas de la noche refiere situacion de estres refiere hipertrofia de corneal con manejo con becatasona por lo que se le solicita exámenes de control y recomendaciones Hacer ejercicio por lo menos media hora al dia, comer sanamente dieta rica en frutas y verduras baja en sales grasas y azucares, se recomienda uso de preservativo para disminuir probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Centro Medico Pie de la Popa

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

**INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE****ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- OTRAS ALERGIAS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TÓXICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FAMILIARES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

(09/06/2014) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119), en Madre.

**- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO**

(18/05/2018,14:35:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/04/2018,16:37:28)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/03/2018,14:23:55)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/03/2018,13:58:33)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,15:20:37)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2018,18:30:35)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/01/2018,17:10:08)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

**ATENCIONES DEL PACIENTE**

26/01/2018 18:30:35. E.P.S Sanitas - CENTRO MEDICO PIE DE LA POPA, CARTAGENA (DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL)

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 19725567. No. de afiliación: E.P.S SANITAS - 000-0000100000-0000-00.  
Edad del paciente: 65 años.

Datos del profesional de la salud: Henry Alberto Ruiz Ferrer. Reg. Médico. 73183426. Medicina General.

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, AUGUSTO TINOCO GARCES.

Motivo de consulta: "trae resultados".

Enfermedad Actual: paciente que trae resultados de el día de 22/01/18 que reportan glicemia de 106 colesterol de 200 hdl de 47 ldl de 120 triglicéridos de 163 hemograma con globulos rojos de 4,5 hto de 46 hb de 14 leucos de 9,1 plaquetas de 340 psa de 13,4 sin otras alteraciones por lo que consulta.

Estado de Salud: Bueno.

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntomas Generales: No presenta.

Neurológico: Sin síntomas.

Mental: Sin síntomas.

Organos de los Sentidos: Sin síntomas.

Respiratorio: Sin síntomas.

Cardiovascular: Sin síntomas.

Gastrointestinal: Sin síntomas.

Genitourinario: Sin síntomas.

Osteomusculoarticular: Sin síntomas.

Mamas: Sin síntomas.

Piel y Faneras: Sin síntomas.

Hematológico y Linfático: Sin síntomas.

Endocrinológico: Sin síntomas.

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Estado general: Buen estado general

Frecuencia Cardíaca: 84 Latidos/min

Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min

Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg

Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg

Tensión Arterial Media: 93.3 mmHg

Peso: 84 Kg

Talla: 1.7 m

Índice de Masa Corporal: 29.07 (kg/m2) -Sobrepeso

Superficie corporal: 2.03 m2

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCÉS

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

Cabeza: Normocéfalo.

Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.

Cuello: Sin masas ni adenopatías.

Mama: No evaluada.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.

Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..

Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.

Genitales: No evaluados.

Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.

Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.

Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.

Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..

Piel y Faneras: Normal.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

paciente que trae resultados de el día de 22 /01/18 que reportan glicemia de 106 colesterol de 200 hdl de 47 ldl de 120 triglicéridos de 163 hemograma con globulos rojos de 4,5 hto de 46 hb de 14 leucos de 9,1 plaquetas de 340 psa de 13,4 sin otras alteraciones por lo que consulta por lo que se le solicita exaen de confirmacon de carga y hemoglobina glicosilada y valoracion por urologia para definir hacer 30 minutos o más de actividad física leve a moderada de acuerdo tolerancia 5 o más días a la semana, realizar tomas de tensión arterial de forma periódica, tomar medicamentos recomendados para control de patología crónica de acuerdo a las recomendaciones horarias y a las pautas de los mismos en caso de evento adverso consultar, No utilizar la comida como válvula de escape de los problemas, no sólo no van a solucionarse sino que añadimos uno nuevo al que ya teníamos. Es importante complementar la dieta con el ejercicio físico para aumentar el gasto de energía, sirve cualquier tipo de actividad como caminar o subir y bajar escaleras. Comer con tranquilidad, masticar despacio y no hacer otras cosas al mismo tiempo, evitar el exceso de reposo. Dormir una media de 8 horas diarias.

**DIAGNOSTICO**

Diagnóstico Principal: Examen medico general (Z000), Impresión diagnóstica, Causa Externa: Enfermedad general.  
Diagnóstico Asociado 1: Hiperglicemia, no especificada (R739), Impresión diagnóstica.

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**

1. Se solicita Hemoglobina glicosilada por cromatografía de columna, No. 1, paciente que trae resultados de el día de 22 /01/18 que reportan glicemia de 106 colesterol de 200 hdl de 47 ldl de 120 triglicéridos de 163 hemograma con globulos rojos de 4,5 hto de 46 hb de 14 leucos de 9,1 plaquetas de 340 psa de 13,4 sin otras alteraciones por lo que consulta por lo que se le solicita exaen de confirmacon de carga y hemoglobina glicosilada y valoracion por urologia para definir hacer 30 minutos o más de actividad física leve a moderada de acuerdo tolerancia 5 o más días a la semana, realizar tomas de tensión arterial de forma periódica, tomar medicamentos recomendados para control de patología crónica de acuerdo a las recomendaciones horarias y a las pautas de los mismos en caso de evento adverso consultar, No utilizar la comida como válvula de escape de los problemas, no sólo no van a solucionarse sino que añadimos uno nuevo al que ya teníamos. Es importante complementar la dieta con el ejercicio físico para aumentar el gasto de energía, sirve cualquier tipo de actividad como caminar o subir y bajar escaleras. Comer con tranquilidad, masticar despacio y no hacer otras cosas al mismo tiempo, evitar el exceso de reposo. Dormir una media de 8 horas diarias..
2. Se solicita Glucosa pre y post carga de glucosa, No. 1, paciente que trae resultados de el día de 22 /01/18 que reportan glicemia de 106 colesterol de 200 hdl de 47 ldl de 120 triglicéridos de 163 hemograma con globulos rojos de 4,5 hto de 46 hb de 14 leucos de 9,1 plaquetas de 340 psa de 13,4 sin otras alteraciones por lo que consulta por lo que se le solicita exaen de confirmacon de carga y hemoglobina glicosilada y valoracion por urologia para definir hacer 30 minutos o más de actividad física leve a moderada de acuerdo tolerancia 5 o más días a la semana, realizar tomas de tensión arterial de forma periódica, tomar medicamentos recomendados para control de patología crónica de acuerdo a las recomendaciones horarias y a las pautas de los mismos en caso de evento adverso consultar, No utilizar la comida como válvula de escape de los problemas, no sólo no van a solucionarse sino que añadimos uno nuevo al que ya teníamos. Es importante complementar la dieta con el ejercicio físico para aumentar el gasto de energía, sirve cualquier tipo de actividad como caminar o subir y bajar escaleras. Comer con tranquilidad, masticar despacio y no hacer otras cosas al mismo tiempo, evitar el exceso de reposo. Dormir una media de 8 horas diarias..

**PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN**

1. Se solicita remisión Urologia Por solicitud del médico tratante. Justificación: para valoracion

**PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES**

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

## Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: paciente que trae resultados de el día de 22/01/118 que reportan glicemia de 106 colesterol de 200 hdl de 47 ldl de 120 triglicéridos de 163 hemograma con globulos rojos de 4,5 hto de 46 hb de 14 leucos de 9,1 plaquetas de 340 psa de 13,4 sin otras alteraciones por lo que consulta por lo que se le solicita exaen de confirmacon de carga y hemoglobina glicosilada y valoracion por urologia para definir hacer 30 minutos o más de actividad fisica leve a moderada de acuerdo tolerancia 5 o más días a la semana, realizar tomas de tensión arterial de forma periódica, tomar medicamentos recomendados para control de patología crónica de acuerdo a las recomendaciones horarias y a las pautas de los mismos en caso de evento adverso consultar, No utilizar la comida como válvula de escape de los problemas, no sólo no van a solucionarse sino que añadimos uno nuevo al que ya teníamos. Es importante complementar la dieta con el ejercicio físico para aumentar el gasto de energía, sirve cualquier tipo de actividad como caminar o subir y bajar escaleras. Comer con tranquilidad, masticar despacio y no hacer otras cosas al mismo tiempo, evitar el exceso de reposo. Dormir una media de 8 horas diarias.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Centro Medico Pie de la Popa

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES      IDENTIFICACIÓN: CC 9079429      SEXO: Masculino      RAZA: Otros

**INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE****ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- OTRAS ALERGIAS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TÓXICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FAMILIARES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

(09/06/2014) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119), en Madre.

**- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO**

(18/05/2018, 14:35:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/04/2018,16:37:28)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/03/2018,14:23:55)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/03/2018,13:58:33)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,15:20:37)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

Impreso por: vpiriarto

06/09/2018 11:56:35 Página 3 de 7

Firmado Electrónicamente

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2018,18:30:35)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/01/2018,17:10:08)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin períodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

**ATENCIONES DEL PACIENTE**

31/01/2018 15:20:37. E.P.S Sanitas - CENTRO MEDICO PIE DE LA POPA, CARTAGENA (DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL)

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 19810874. No. de afiliación: E.P.S SANITAS - 000-0000100000-0000-00.  
Edad del paciente: 65 años.

Datos del profesional de la salud: Henry Alberto Ruiz Ferrer. Reg. Médico. 73183426. Medicina General.

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, AUGUSTO TINOCO GARCES.

Motivo de consulta: "trae resultados".

Enfermedad Actual: paciente que trae resultados que reportan con fecha de 29/01/18 hemoglobina glicosilada de 4,85 % y glicemia carga pre de 103 y post carga de 136 que no refiere síntomas por lo que consulta refiere también rinorrea malestar con antecedentes de sinusitis.

Estado de Salud: Bueno.

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntomas Generales: No presenta.

Neurológico: Sin síntomas.

Mental: Sin síntomas.

Órganos de los Sentidos: Sin síntomas.

Respiratorio: Sin síntomas.

Cardiovascular: Sin síntomas.

Gastrointestinal: Sin síntomas.

Genitourinario: Sin síntomas.

Osteomusculoarticular: Sin síntomas.

Mamas: Sin síntomas.

Piel y Anexos: Sin síntomas.

Hematológico y Linfático: Sin síntomas.

Endocrinológico: Sin síntomas.

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Estado general: Buen estado general

Frecuencia Cardíaca: 78 Latidos/min

Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min

Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg

Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg

Tensión Arterial Media: 83.3 mmHg

Peso: 84 Kg

Talla: 1,7 m

Índice de Masa Corporal: 29,07 (kg/m<sup>2</sup>) -Sobrepeso

Superficie corporal: 2,03 m<sup>2</sup>

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.

Órganos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones.



**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

**INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**

**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE**

**- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- OTRAS ALERGIAS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TÓXICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FAMILIARES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

(09/06/2014) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119), en Madre.

**- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO**

(18/05/2018,14:35:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/04/2018,16:37:28)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/03/2018,14:23:55)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/03/2018,13:58:33)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,15:20:37)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2018,18:30:35)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/01/2018,17:10:08)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

Otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.  
Cuello: Sin masas ni adenopatías.  
Mama: No evaluada.  
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.  
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..  
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.  
Genitales: No evaluados.  
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.  
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.  
Osteomusculocartilaginoso: Sin alteraciones.  
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..  
Piel y Faneras: Normal.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

paciente que trae resultados que reportan con fecha de 29/01/18 hemoglobina glicosilada de 4,85 % y glicemia carga pre de 103 y post carga de 136 que no refiere síntomas por lo que consulta que antes presento colesterol total elevado por lo que se decide realizar manejo para colesterol y sinusitis recomendaciones Hacer ejercicio por lo menos media hora al día, comer sanamente dieta rica en frutas y verduras baja en sales grasas y azúcares, se recomienda uso de preservativo para disminuir probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual,

**DIAGNOSTICO**

Diagnóstico Principal: Hipercolesterolemia pura (E780), Impresión diagnóstica, Causa Externa: Enfermedad general.  
Diagnóstico Asociado 1: Otras sinusitis agudas (J018), Impresión diagnóstica.

**PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS**  
**FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO**

1. Beclometasona dipropionato Sol inh nas 50mcg/dosis: Inhalar 1 puff cada 8 hora(s) por 5 día(s). Cantidad total: 15, Número de entregas: 1

**FÓRMULA MÉDICA - USO CONTINUO**

1. Atorvastatina Tab 20mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 90 día(s). Cantidad total: 90, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 31/01/2018- 01/05/2018,

**PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES**

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: paciente que trae resultados que reportan con fecha de 29/01/18 hemoglobina glicosilada de 4,85 % y glicemia carga pre de 103 y post carga de 136 que no refiere síntomas por lo que consulta que antes presento colesterol total elevado por lo que se decide realizar manejo para colesterol y sinusitis recomendaciones Hacer ejercicio por lo menos media hora al día, comer sanamente dieta rica en frutas y verduras baja en sales grasas y azúcares, se recomienda uso de preservativo para disminuir probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual,

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Centro Médico Pie de la Popa

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

**ATENCIONES DEL PACIENTE**

05/03/2018 13:58:33. E.P.S Sanitas - CENTRO MEDICO PIE DE LA POPA, CARTAGENA (DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL)

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 20479006. No. de afiliación: E.P.S SANITAS - 000-0000100000-0000-00.

Edad del paciente: 65 años.

Datos del profesional de la salud: Henry Alberto Ruiz Ferrer. Reg. Médico. 73183426. Medicina General.

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, AUGUSTO TINOCO GARCES.

Motivo de consulta: varias cosas.

Enfermedad Actual: acude con reporte de ecografía transrectal de prostata (26/02/2018) que reporta HPB, prostatitis, descartar CA de postata refiere que ha presentado crisis de ansiedad por el diagnostico presuntivo.

Estado de Salud: Regular.

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntomas Generales: No presenta.

Neurológico: Sin síntomas.

Mental: Sin síntomas.

Organos de los Sentidos: Sin síntomas.

Respiratorio: Sin síntomas.

Cardiovascular: Sin síntomas.

Gastrointestinal: Sin síntomas.

Genitourinario: Sin síntomas.

Osteomusculoarticular: Sin síntomas.

Mamas: Sin síntomas.

Piel y Faneras: Sin síntomas.

Hematológico y Linfático: Sin síntomas.

Endocrinológico: Sin síntomas.

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Estado general: Buen estado general

Frecuencia Cardíaca: 88 Latidos/min

Frecuencia Respiratoria: 22 Respiraciones/min

Tensión Arterial Sistólica: 160 mmHg

Tensión Arterial Diastólica: 90 mmHg

Tensión Arterial Media: 113.3 mmHg

Peso: 84 Kg

Talla: 1.7 m

Índice de Masa Corporal: 29.07 (kg/m<sup>2</sup>) -Sobrepeso

Superficie corporal: 2.03 m<sup>2</sup>

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.

Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

Otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.

Cuello: Sin masas ni adenopatías.

Mama: No evaluada.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.

Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..

Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.

Genitales: No evaluados.

Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.

Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.

Osteomusculoesquelético: Sin alteraciones.

Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..

Piel y Faneras: Normal.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

paciente con reporte de ecografía transrectal de próstata (26/02/2018) que reporta HPB, prostatitis, descartar CA de próstata, pendiente resultado de patología, pendiente valoración por urologo

recomendaciones: hacer 30 minutos o más de actividad física leve a moderada de acuerdo a tolerancia 5 o más días a la semana, realizar tomas de tensión arterial de forma periódica, tomar medicamentos recomendados para control de patología crónica de acuerdo a las recomendaciones horarias y a las pautas de los mismos en caso de evento adverso consultar, No utilizar la comida como válvula de escape de los problemas, no sólo no van a solucionarse sino que añadimos uno nuevo al que ya teníamos. Es importante complementar la dieta con el ejercicio físico para aumentar el gasto de energía, sirve cualquier tipo de actividad como caminar o subir y bajar escaleras . Comer con tranquilidad, masticar despacio y no hacer otras cosas al mismo tiempo, evitar el exceso de reposo. Dormir una media de 8 horas diarias

**DIAGNOSTICO**

Diagnóstico Principal: Hallazgos anormales en diagnóstico por imagen de los órganos urinarios (R934), Impresión diagnóstica, Causa Externa: Enfermedad general.

Diagnóstico Asociado 1: Trastorno de ansiedad , no especificado (F419), Impresión diagnóstica.

**PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES**

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: hacer 30 minutos o más de actividad física leve a moderada de acuerdo a tolerancia 5 o más días a la semana, realizar tomas de tensión arterial de forma periódica, tomar medicamentos recomendados para control de patología crónica de acuerdo a las recomendaciones horarias y a las pautas de los mismos en caso de evento adverso consultar, No utilizar la comida como válvula de escape de los problemas, no sólo no van a solucionarse sino que añadimos uno nuevo al que ya teníamos. Es importante complementar la dieta con el ejercicio físico para aumentar el gasto de energía, sirve cualquier tipo de actividad como caminar o subir y bajar escaleras . Comer con tranquilidad, masticar despacio y no hacer otras cosas al mismo tiempo, evitar el exceso de reposo. Dormir una media de 8 horas diarias

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Centro Médico Pie de la Popa

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

**INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE****ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- OTRAS ALERGIAS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TÓXICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FAMILIARES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

(09/06/2014) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119), en Madre.

**- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO**

(18/05/2018,14:35:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/04/2018,16:37:28)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/03/2018,14:23:55)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/03/2018,13:58:33)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,15:20:37)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2018,18:30:35)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/01/2018,17:10:08)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

**ATENCIONES DEL PACIENTE**

**16/03/2018 14:23:55. Particular - CENTRO MEDICO PIE DE LA POPA, CARTAGENA (DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL)**

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 20745131. No. de afiliación: .

Edad del paciente: 65 años.

Datos del profesional de la salud: Henry Alberto Ruiz Ferrer. Reg. Médico. 73183426. Medicina General.

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, AUGUSTO TINOCO GARCES.

Motivo de consulta: "dolor abdominal".

Enfermedad Actual: paciente que refiere dolor abdominal de lado izquierdo que trae reporte de biopsia transrectal que muestra adenocarcinoma de tipo acinar moderadamente diferenciado gleason 3+4(7) con compromiso de invasión perinural sin otras alteraciones que tiene pendiente tomografía y gammagrafía .

Estado de Salud: Bueno.

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntomas Generales: No presenta.

Neurológico: Sin síntomas.

Mental: Sin síntomas.

Organos de los Sentidos: Sin síntomas.

Respiratorio: Sin síntomas.

Cardiovascular: Sin síntomas.

Gastrointestinal: Sin síntomas.

Genitourinario: Sin síntomas.

Osteomusculoarticular: Sin síntomas.

Mamas: Sin síntomas.

Piel y Faneras: Sin síntomas.

Hematológico y Linfático: Sin síntomas.

Endocrinológico: Sin síntomas.

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Estado general: Buen estado general

Frecuencia Cardíaca: 84 Latidos/min

Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min

Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg

Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg

Tensión Arterial Media: 93.3 mmHg

Peso: 84 Kg

Talla: 1.7 m

Índice de Masa Corporal: 29.07 (kg/m2) -Sobrepeso

Superficie corporal: 2.03 m2

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

Cabeza: Normocéfalo.

Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.

Cuello: Sin masas ni adenopatías.

Mama: No evaluada.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.

Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..

Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.

Genitales: No evaluados.

Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.

Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.

Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.

Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..

Piel y Faneras: Normal.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

paciente que refiere dolor abdominal de lado izquierdo que trae reporte de biopsia transrectal que muestra adenocarcinoma de tipo acinar moderadamente diferenciado gleason 3+4(7) con compromiso de invasión perinural sin otras alteraciones que tiene pendiente tomografía y gammagrafía por lo que se decide realizar manejo analgésicos y recomendaciones Hacer ejercicio por lo menos media hora al día, comer sanamente dieta rica en frutas y verduras baja en sales grasas y azúcares, se recomienda uso de preservativo para disminuir probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual,

**DIAGNOSTICO**

Diagnóstico Principal: Carcinoma in situ de la prostata (D075), Impresión diagnóstica, Causa Externa: Enfermedad general.

Diagnóstico Asociado 1: Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen (R103), Izquierdo (a), Impresión diagnóstica.

**PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS****FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO**

1. Acetaminofen Tab 500mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 6 hora(s) por 7 día(s). Cantidad total: 28, Número de entregas: 1
2. Hioscina N-butil bromuro 10 mg Tab: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 8 hora(s) por 5 día(s). Cantidad total: 15, Número de entregas: 1

**PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN**

1. Se solicita interconsulta a Psicología Por solicitud del médico tratante. Justificación: para valoración

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

**INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE****ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- OTRAS ALERGIAS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TÓXICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FAMILIARES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

(09/06/2014) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119), en Madre.

**- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO**

(18/05/2018,14:35:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/04/2018,16:37:28)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/03/2018,14:23:55)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/03/2018,13:58:33)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,15:20:37)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2018,18:30:35)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/01/2018,17:10:08)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

**ATENCIONES DEL PACIENTE****28/03/2018 17:22:05. E.P.S Sanitas - CENTRO MEDICO PIE DE LA POPA, CARTAGENA (DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL**Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 20966145. No. de afiliación: E.P.S SANITAS - 000-0000100000-0000-00.  
Edad del paciente: 65 años.

Datos del profesional de la salud: Margarita Johana Jimenez Payares. Reg. Médico. 23002541. Enfermería.

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, AUGUSTO TINOCO GARCES.

Motivo de consulta: paciente masculino adulta mayor de edad dx hta para realizar ekg sin complicaciones ordenado por medico tratante..

Enfermedad Actual: paciente masculino adulta mayor de edad dx hta para realizar ekg sin complicaciones ordenado por medico tratante..

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

paciente masculino adulta mayor de edad dx hta para realizar ekg sin complicaciones ordenado por medico tratante

**DIAGNOSTICO**

Diagnóstico Principal: Examen medico general (Z000), paciente masculino adulta mayor de edad para realizar ekg sin complicaciones ordenado por medico tratante, Impresión diagnóstica, Causa Externa:Enfermedad general.

**INTERVENCIONES**

28/03/2018 17:31. ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD. Cantidad: 1.

Diagnóstico(s) previo(s) asociado(s) a la intervención: Examen medico general (Z000) paciente masculino adulta mayor de edad para realizar ekg sin complicaciones ordenado por medico tratante. Finalidad: Diagnóstico. Anestesia: No. Descripción del procedimiento: paciente masculino adulta mayor de edad dx hta para realizar ekg sin complicaciones ordenado por medico tratante. Complicaciones: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES      IDENTIFICACIÓN: CC 9079429      SEXO: Masculino      RAZA: Otros

**INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE****ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- OTRAS ALERGIAS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TÓXICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FAMILIARES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

(09/06/2014) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119), en Madre.

**- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO**

(18/05/2018,14:35:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/04/2018,16:37:28)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/03/2018,14:23:55)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES      IDENTIFICACIÓN: CC 9079429      SEXO: Masculino      RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/03/2018,13:58:33)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,15:20:37)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2018,18:30:35)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/01/2018,17:10:08)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador o persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres, hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

**ATENCIONES DEL PACIENTE**28/03/2018 09:05:38. E.P.S Sanitas - CENTRO MEDICO PIE DE LA POPA, CARTAGENA (DISTRITO TURISTICO Y CULTURALContrarreferencia. Admisión No. 20950861. No. de afiliación: E.P.S SANITAS - 000-0000100000-0000-00.  
Edad del paciente: 65 años.

Datos del profesional de la salud: CLEMENTE TARRIBA LEZAMA. Reg. Médico. 73211935. Medicina Interna.

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, AUGUSTO TINOCO GARCES.

Motivo de consulta: VALORACIÓN PREOPERATORIA.

Enfermedad Actual: PACIENTE CON DIAGNOSTICO RECIENTE DE TUMOR DE PRÓSTATA CONFIRMADO POR BIOPSIA TRANSRECTAL DE PRÓSTATA CON DOCUMENTACIÓN DE ADENOCARCINOMA Y EN FORMA ADICIONAL SE DOCUMENTO PRESENCIA DE TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO A NIVEL DE RIÑÓN DERECHO POR LO CUAL SE LE ORDENA REALIZACIÓN DE LAPAROSCOPIA Y SE SOLICITA VALORACIÓN PREOPERATORIA

24/03/2018: LDH: 137 GLUCOSA: 106 AST: 18.3 ALT: 29.2 HB: 14.4 HCTO: 45.2 LEUCOS: 6590/MM3 PLAQ: 320000/MM3 TP: 9.8/10.2 TPT: 25/26.3 UROCULTIVO NEGATIVO

INDICE DE LEE  
ENFERMEDAD CORONARIA (-)  
ACV (-)  
FALLA CARDIACA (-)  
USO DE INSULINA (-)  
EPOC (-)  
CIRUGIA DE ALTO RIESGO (-)

Estado de Salud: Bueno.

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntomas Generales: No presenta.

Neurológico: Sin síntomas.

Mental: Sin síntomas.

Organos de los Sentidos: Sin síntomas.

Respiratorio: Sin síntomas.

Cardiovascular: Sin síntomas.

Gastrointestinal: Sin síntomas.

Genitourinario: Sin síntomas.

Osteomusculoesquelético: Sin síntomas.

Mamas: Sin síntomas.

Piel y Anexos: Sin síntomas.

Hematológico y Linfático: Sin síntomas.

Endocrinológico: Sin síntomas.

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES      IDENTIFICACIÓN: CC 9079429      SEXO: Masculino      RAZA: Otros

Estado general: Buen estado general  
Frecuencia Cardíaca: 75 Latidos/min  
Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min  
Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg  
Tensión Arterial Media: 86.7 mmHg  
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 120 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 70 mmHg  
Pulsoximetría (SO<sub>2</sub>): 99 %  
Temperatura: 36.8 °C  
Peso: 84 Kg  
Talla: 1.7 m  
Índice de Masa Corporal: 29.07 (kg/m<sup>2</sup>) -Sobrepeso  
Superficie corporal: 2.03 m<sup>2</sup>

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.  
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.  
Cuello: Sin masas ni adenopatías.  
Mama: No evaluada.  
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.  
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..  
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.  
Genitales: No evaluados.  
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.  
Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.  
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.  
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..  
Piel y Faneras: Normal.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

PACIENTE SIN ANTECEDENTES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN PLAN DE REALIZACIÓN DE CIRUGÍA UROLÓGICA, CON BAJO RIESGO PREQUIRÚRGICO POR ÍNDICE DE LEE, POR LO CUAL NO HAY CONTRAINDICACIONES MÉDICAS PARA REALIZAR PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, PUEDE OPERARSE

**DIAGNOSTICO**

Diagnóstico Principal: Tumor maligno de la prostata (C61X), Confirmado repetido, Causa Externa: Enfermedad general.  
Diagnóstico Asociado 1: Tumor de comportamiento incierto o desconocido del riñon (D410), Izquierdo (a), Impresión diagnóstica.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/03/2018,13:58:33)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,15:20:37)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2018,18:30:35)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/01/2018,17:10:08)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

**INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE****ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- OTRAS ALERGIAS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TÓXICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FAMILIARES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

(09/06/2014) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119), en Madre.

**- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO**

(18/05/2018,14:35:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/04/2018,16:37:28)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/03/2018,14:23:55)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

**ATENCIONES DEL PACIENTE****12/04/2018 16:37:28. E.P.S Sanitas - CENTRO MEDICO PIE DE LA POPA, CARTAGENA (DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL**

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 21233049. No. de afiliación: E.P.S SANITAS - 000-0000100000-0000-00.

Edad del paciente: 65 años.

Datos del profesional de la salud: Henry Alberto Ruiz Ferrer. Reg. Médico. 73183426. Medicina General.

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, AUGUSTO TINOCO GARCES.

Motivo de consulta: "dolor abdominal".

Enfermedad Actual: paciente que refiere dolor abdominal sin otras alteraciones que tiene ca de prostata en manejo y masa renal indeterminada izquierda sintras alteraciones.

Estado de Salud: Bueno.

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntomas Generales: No presenta.

Neurológico: Sin síntomas.

Mental: Sin síntomas.

Organos de los Sentidos: Sin síntomas.

Respiratorio: Sin síntomas.

Cardiovascular: Sin síntomas.

Gastrointestinal: Sin síntomas.

Genitourinario: Sin síntomas.

Osteomusculoarticular: Sin síntomas.

Mamas: Sin síntomas.

Piel y Faneras: Sin síntomas.

Hematológico y Linfático: Sin síntomas.

Endocrinológico: Sin síntomas.

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Estado general: Buen estado general

Frecuencia Cardíaca: 78 Latidos/min

Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min

Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg

Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg

Tensión Arterial Media: 83.3 mmHg

Peso: 84 Kg

Talla: 1.7 m

Índice de Masa Corporal: 29.07 (kg/m2) -Sobrepeso

Superficie corporal: 2.03 m2

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.

Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones.



**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

Otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.  
Cuello: Sin masas ni adenopatías.  
Mama: No evaluada.  
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.  
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..  
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, doloroso meso gástrico lateral izquierdo, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.  
Genitales: No evaluados.  
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.  
Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.  
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.  
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..  
Piel y Faneras: Normal.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

paciente que refiere dolor abdominal sin otras alteraciones que tiene ca de prostata en manejo y masa renal indeterminada izquierda sin otras alteraciones recomendaciones Hacer ejercicio por lo menos media hora al día, comer sanamente dieta rica en frutas y verduras baja en sales grasas y azúcares, se recomienda uso de preservativo para disminuir probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual, y realizar procedimineto para determinar conducta

**DIAGNOSTICO**

Diagnóstico Principal: Otros dolores abdominales y los no especificados (R104), Izquierdo (a), Impresión diagnóstica, Causa Externa: Enfermedad general.  
Diagnóstico Asociado 1: Tumor de comportamiento incierto o desconocido del riñón (D410), Izquierdo (a), Confirmado repetido.  
Diagnóstico Asociado 2: Tumor maligno de la prostata (C61X), Confirmado repetido.

**PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES**

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: paciente que refiere dolor abdominal sin otras alteraciones que tiene ca de prostata en manejo y masa renal indeterminada izquierda sin otras alteraciones recomendaciones Hacer ejercicio por lo menos media hora al día, comer sanamente dieta rica en frutas y verduras baja en sales grasas y azúcares, se recomienda uso de preservativo para disminuir probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual, y realizar procedimineto para determinar conducta

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Centro Médico Pie de la Popa

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

**INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE****ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- OTRAS ALERGIAS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TÓXICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FAMILIARES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

(09/06/2014) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion (E119), en Madre.

**- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO**

(18/05/2018,14:35:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/04/2018,16:37:28)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/03/2018,14:23:55)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/03/2018,13:58:33)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,15:20:37)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC 9079429

SEXO: Masculino

RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2018,18:30:35)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.  
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/01/2018,17:10:08)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.  
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.  
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.  
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.  
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.  
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.  
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.  
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.  
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.  
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.  
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.  
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.  
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.  
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.  
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.  
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.  
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.  
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.  
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.  
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.  
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.  
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.  
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.  
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.  
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

**ATENCIONES DEL PACIENTE****18/05/2018 14:35:46. E.P.S Sanitas - CENTRO MEDICO PIE DE LA POPA, CARTAGENA (DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL**

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 21982026. No. de afiliación: E.P.S SANITAS - 000-0000100000-0000-00.

Edad del paciente: 66 años.

Datos del profesional de la salud: Henry Alberto Ruiz Ferrer. Reg. Médico. 73183426. Medicina General.

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, AUGUSTO TINOCO GARCES.

Motivo de consulta: "cita control".

Enfermedad Actual: que refiere cuadro de sinusitis que presenta rinorrea sin otras alteraciones que refiere situacion de estres por enfermedad de base sin otras alteraciones.

Estado de Salud: Bueno.

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntomas Generales: No presenta.

Neurológico: Sin síntomas.

Mental: Sin síntomas.

Organos de los Sentidos: Sin síntomas.

Respiratorio: Sin síntomas.

Cardiovascular: Sin síntomas.

Gastrointestinal: Sin síntomas.

Genitourinario: Sin síntomas.

Osteomusculoarticular: Sin síntomas.

Mamas: Sin síntomas.

Piel y Faneras: Sin síntomas.

Hematológico y Linfático: Sin síntomas.

Endocrinológico: Sin síntomas.

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

Estado general: Buen estado general

Frecuencia Cardíaca: 74 Latidos/min

Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min

Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg

Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg

Tensión Arterial Media: 86.7 mmHg

Peso: 84 Kg

Talla: 1.7 m

Índice de Masa Corporal: 29.07 (kg/m2) -Sobrepeso

Superficie corporal: 2.03 m2

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.

Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones.



**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCÉS IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

Otoscopía derecha e izquierda sin alteraciones.

Cuello: Sin masas ni adenopatías.

Mama: No evaluada.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.

Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados.

Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.

Genitales: No evaluados.

Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.

Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.

Osteomusculoesquelético: Sin alteraciones.

Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente.

Piel y Faneras: Normal.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

que refiere cuadro de sinusitis que presenta rinorrea sin otras alteraciones que refiere situación de estrés por enfermedad de base sin otras alteraciones sin alteraciones al examen físico hacer 30 minutos o más de actividad física leve a moderada de acuerdo a tolerancia 5 o más días a la semana, realizar tomas de tensión arterial de forma periódica, tomar medicamentos recomendados para control de patología crónica de acuerdo a las recomendaciones horarias y a las pautas de los mismos en caso de evento adverso consultar, No utilizar la comida como válvula de escape de los problemas, no sólo no van a solucionarse sino que añadimos uno nuevo al que ya teníamos. Es importante complementar la dieta con el ejercicio físico para aumentar el gasto de energía, sirve cualquier tipo de actividad como caminar o subir y bajar escaleras. Comer con tranquilidad, masticar despacio y no hacer otras cosas al mismo tiempo, evitar el exceso de reposo. Dormir una media de 8 horas diarias

**DIAGNÓSTICO**

Diagnóstico Principal: Examen médico general (Z000), Impresión diagnóstica, Causa Externa: Enfermedad general.

Diagnóstico Asociado 1: Otras sinusitis crónicas (J328), Impresión diagnóstica.

**PLAN DE MANEJO - FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS**

**FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO**

1. Beclometasona dipropionato Sol inh nas 50mcg/dosis: Inhalar 1 puff cada 8 hora(s) por 5 día(s). Cantidad total: 15, Número de entregas: 1

**PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES**

**Recomendación 1:**

RECOMENDACIONES GENERALES: que refiere cuadro de sinusitis que presenta rinorrea sin otras alteraciones que refiere situación de estrés por enfermedad de base sin otras alteraciones sin alteraciones al examen físico hacer 30 minutos o más de actividad física leve a moderada de acuerdo a tolerancia 5 o más días a la semana, realizar tomas de tensión arterial de forma periódica, tomar medicamentos recomendados para control de patología crónica de acuerdo a las recomendaciones horarias y a las pautas de los mismos en caso de evento adverso consultar, No utilizar la comida como válvula de escape de los problemas, no sólo no van a solucionarse sino que añadimos uno nuevo al que ya teníamos. Es importante complementar la dieta con el ejercicio físico para aumentar el gasto de energía, sirve cualquier tipo de actividad como caminar o subir y bajar escaleras. Comer con tranquilidad, masticar despacio y no hacer otras cosas al mismo tiempo, evitar el exceso de reposo. Dormir una media de 8 horas diarias

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Centro Médico Pie de la Popa

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

**INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE****ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES MÉDICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- OTRAS ALERGIAS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TÓXICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

**- ANTECEDENTES FAMILIARES**

(08/03/2016) No Refiere Nuevos Antecedentes.

(09/06/2014) Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (E119), en Madre.

**- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO**

(18/05/2018,14:35:46)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCÉS IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(12/04/2018,16:37:28)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(16/03/2018,14:23:55)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(05/03/2018,13:58:33)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(31/01/2018,15:20:37)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

Impreso por: vpirarte

06/09/2018 11:40:15 Página 3 de 6

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO TINOCO GARCES IDENTIFICACIÓN: CC 9079429 SEXO: Masculino RAZA: Otros

15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(26/01/2018,18:30:35)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
15. alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
16. Cuenta con un cuidador ó persona que pueda hacerse responsable del cuidado de su salud?: No.
17. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
18. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
19. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?: No.
20. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
21. Le han realizado antígeno prostático en los últimos 5 años?: No.
22. Su padre tiene o ha tenido Cáncer de Próstata?: No.
23. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
25. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
26. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

(19/01/2018,17:10:08)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más?: No.
10. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
11. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
12. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
13. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
14. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.



|                 |                  |            |         |
|-----------------|------------------|------------|---------|
| Apellidos:      | TINOCO GARGES    |            |         |
| Nombre:         | AUGUSTO ENRIQUE  |            |         |
| Número de Id:   | CC - 9079429     |            |         |
| Número-Ingreso: | 55301 - 9        |            |         |
| Sexo:           | MASCULINO        | Edad Act.: | 66 Años |
| Ubicación:      | URGENCIAS        | Edad Ing.: | 66 Años |
| Servicio:       | URGENCIAS        | Cama:      | --      |
| Responsable:    | EPS SANITAS S.A. |            |         |

|                |    |    |      |
|----------------|----|----|------|
| Fecha Ingreso: | DD | MM | AAAA |
|                | 11 | 6  | 2018 |

|               |       |
|---------------|-------|
| Hora Ingreso: | 12:06 |
|---------------|-------|

|               |    |    |      |
|---------------|----|----|------|
| Fecha Egreso: | DD | MM | AAAA |
|               |    |    |      |

|              |  |
|--------------|--|
| Hora Egreso: |  |
|--------------|--|

### CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nro de Clasificación: 415180  
 Fecha - Hora Llegada: 11/06/2018 12:06  
 Lugar de Nacimiento: CARTAGENA (DISTRITO TURISTICO)

Fecha - Hora de Atención: 11/06/2018 12:08  
 Barrio de Residencia: MANGA

### DATOS CLINICOS

#### MOTIVO DE CONSULTA

dolor abdominal

#### SIGNOS VITALES

Presión Arterial: 142 / 94 mmHg  
 Frecuencia Respiratoria: 20 Res/min.  
 Pulso: 94 Pul/min.  
 Temperatura: 36 °C

Presión Arterial Media: 110 mmHg

Saturación de Oxígeno: 98%

#### IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

DOLOR AGUDO

Orden de Atención 3- CONSULTA CON PRELACION

Servicio Destino URGE URGENCIAS

Firmado por: VICTORINA BONFANTE JIMENEZ, ENFERMERIA EN URGENCIAS, Reg: 07768

### HISTORIA CLINICA

#### Antecedentes Alérgicos

NO

#### HC Urgencias

FECHA - HORA DE ATENCIÓN: 11/06/2018 13:16

#### MOTIVO DE CONSULTA

"VIENE REMITIDO PARA QUE LO VEA EL CIRUJANO"

#### ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE SEXO MASCULINO QUIEN INGRESA EN AMBULANCIA REMITIDO DE LA CLINICA ESTRIOS EN CONTEXTO DE FUGA INTESTINAL SECUNDARIO A POP DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA + LIBERACIÓN DE AHERENCIAS. FAMILIAR REFIERE QUE LE VE SALIDA DE SECRECIÓN DE ASPECTO INTESTINAL POR DREN VIGILANTE. NIEGA OTROS SINTOMAS.

#### ANTECEDENTES

##### PERSONALES

ALÉRGICOS: NO

PATOLÓGICOS: NO

QUIRÚRGICOS: OCLUSIÓN INTESTINAL.

HOSPITALIZACIÓN: NIEGA

FARMACOLÓGICOS: NO

OTROS

TRAUMATOLÓGICOS: NIEGA

#### SIGNOS VITALES

Frecuencia Cardíaca: 90 Latidos/min

Frecuencia Respiratoria: 18 Resp/min

Oximetría: 98 %

Presión Arterial (mmHg):

| FECHA      | SISTÓLICA | DIASTÓLICA | PA MEDIA |
|------------|-----------|------------|----------|
| 11/06/2018 | 140       | 80         | 100      |



|                 |                  |            |         |
|-----------------|------------------|------------|---------|
| Apellidos:      | TINOCO GARGES    |            |         |
| Nombre:         | AUGUSTO ENRIQUE  |            |         |
| Número de Id:   | CC - 9079429     |            |         |
| Número-Ingreso: | 55301 - 9        |            |         |
| Sexo:           | MASCULINO        | Edad Act.: | 66 Años |
| Ubicación:      | URGENCIAS        | Edad Ing.: | 66 Años |
| Servicio:       | URGENCIAS        | Cama:      | --      |
| Responsable:    | EPS SANITAS S.A. |            |         |

Pulso (Pul/min):

| FECHA      | VALOR |
|------------|-------|
| 11/06/2018 | 94    |

EN CASO DE INTOXICACIÓN, ACCIDENTE O VIOLENCIA

Estado de conciencia: Conciente

Descripción: PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, SIGNOS VITALES TA 142/82 FC94 FR16 SAT96% FIO 2 21. PACIENTE CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO, EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO SIMETRICO, MOVIL, SIN MASAS, TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN PRESENCIA DE AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS NI AGREGADOS, ABDOMEN DISTENDIDO, BLANDO Y DEPRESIBLE, CICATRIZ QUIRURGICA MEDIANA DE BUEN ASPECTO, SE OBSERVA DREN EN FOSA ILIACA DERECHA CON DRENAJE ACTIVO DE MATERIAL AMARILLENTO, FETIDO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, GENITOURINARIO NO EXPLORADO, EXTREMIDADES SIMETRICAS EUTROFICAS, SIN EDEMA, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEG, SNC: CONSCIENTE, ORIENTADO, SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE, GLASGOW: 15/15

DIAGNOSTICO DE INGRESO

| NOMBRE DIAGNOSTICO | CODIGO DX | ESTADO INICIAL |
|--------------------|-----------|----------------|
| ABDOMEN AGUDO      | R100      | Confirmado     |

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Plan de Manejo: DX: 1. ABDOMEN AGUDO E/E SEC A:

1.1 FUGA INTESTINAL A DESCARTAR

2. ANTECEDENTE DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA + LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS + ENTERORRAFIA (31/06/18)

3. ANTECEDENTE DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA + LISIS PERITONEALES + YEYUNOSTOMIA + ANASTOMOSIS TERMINO - TERMINAL (5/6/18)

4. CA DE PROSTATA POR HC

PLAN:

OBSERVACIÓN

NADA VIA ORAL POR AHORA

SSN 0.9% PASAR IV A RAZON DE 60CC/H

OMEPRAZOL 40MG IV AHORA

PARACLINICOS DE EXTENSIÓN

SERIE DE ABDOMEN AGUDO

S/S VALORACIÓN POR CIRUGIA GENERAL

SE ENTREGA PACIENTE A MEDICO QUIEN RECIBE EL TURNO.



|                 |                  |            |         |                    |
|-----------------|------------------|------------|---------|--------------------|
| Apellidos:      | TINOCO GARCES    |            |         |                    |
| Nombre:         | AUGUSTO ENRIQUE  |            |         |                    |
| Número de Id:   | CC - 9079429     |            |         |                    |
| Número-Ingreso: | 55301 - 9        |            |         |                    |
| Sexo:           | MASCULINO        | Edad Act.: | 66 Años | Edad Ing.: 66 Años |
| Ubicación:      | URGENCIAS        |            | Cama:   | --                 |
| Servicio:       | URGENCIAS        |            |         |                    |
| Responsable:    | EPS SANITAS S.A. |            |         |                    |

## HISTORIA DE EVOLUCIÓN

TIPO DE EVOLUCIÓN: Interconsulta ESPECIALIDAD: CIRUGIA GENERAL FECHA: 11/06/2018 14:34

### SUBJETIVO

CIRUGIA GENERAL

### OBJETIVO

#### Análisis

PACIENTE MASCULINO DE 66 AÑOS DE EDAD, QUEIN INGRESA REMITIDO DE CLINICA ESTRIOS, DONDEL PASADO 31/MAYO INGRESOP PARA CIRUGIA ELECTICA DE PROSTATECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA+LINFADMECTOMIA PELVICA POR CA DE PROSTATA, DURANTE LA CUAL POR SINDROME ADHERENCIAL SEVERO SE PRESENTA LESION INTESTINAL, POR LO CUAL INTERCONSULTA INTRA OPERATORIAMENTE A SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL, QUIEN REALIZA LIBERACION DE ADHRENCIAS Y ENTERORRAFIA, CON ADECUADA EVOLUCION POSTQX, HASTA EL MARTES 5/JUNIO QUE PRESENTA FISTULA INTESTINAL, POR LO CUAL LO CUAL LLEVAN NUEVAMENTE A CIRUGIA PARA LAVADO PERITONEAL, LIBERACION DE ADHERENCIAS Y REALIZAN RESECCION INTESTINAL CON ANATOMIOSIS TERMINO-TERMINAL, DEJAN EN LAPAROSTOMIA Y DOS DIAS (7/JUNIO) DESPUES LLEVAN A CIRUGIA DE REVISION DONDE ENCUENTRAN ABDOMEN LIMPIO, ANASTOMOSIS SIN FUGA Y DECIDEN CIERRE DE PARED ABDOMINAL Y DEJAN DREN DE PENROSE; POSTERIOR A ESTO PRESENTA BUENA EVOLUCION CON TRANSITO INTESTINAL Y TOLERANDO VIAS ORAL, HASTA EL DIA DE HOY QUE EVIDENCIA PRODUCCION DE CONTENIDO INTESTINAL A TRAVES DE HERIDA QX Y DREN ABDOMINAL, DECIDEN REMITIR A ESTA INSTITUCION.

#### PLAN

#### Justificacion

Firmado por: CARLOS CRUZ GOMEZ, CIRUGIA GENERAL, Reg: 6390