


RE: [EXTERNAL]ENVIO OFICIO NRO. 581 RAD: 2023-890

Juridico IMB <Juridico.Imb@quironsalud.com>

Jue 25/07/2024 15:56

Para: Juzgado 02 Civil Municipal - Valle del Cauca - Cali <j02cmcali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 1 archivos adjuntos (6 MB)

CC31282885\_HC.pdf;

Buena tarde, atendiendo la orden del Honorable Despacho remitimos copia de la historia clínica de la señora **Blanca Emilse Molina Pantoja** (QEPD) quien se identificó con CC No. **31282885**.

Esperamos la información aportada sea de utilidad en el cumplimiento de lo aquí ordenado, estamos atentos a prestar nuestra colaboración en futuros requerimientos que se ordenen por parte del Despacho.

Cordialmente,

Sebastián Melo Ruiz  
Abogado junior.



**Área Legal**



Calle 5B5 No. 38 - 64, Torre C Piso 2 - Cali, Colombia

(57 2) 382 1000 - 385 1000 Extensión: 14160

[imbanaco.com](http://imbanaco.com)

[@clinicaimbanaco](https://www.instagram.com/clinicaimbanaco)

**NUESTRO COMPROMISO AMBIENTAL: Es por un desarrollo sostenible, evite imprimir este correo.**

**AVISO LEGAL:** Este mensaje y/o sus anexos son para uso exclusivo del destinatario final; su contenido puede contener información protegida y confidencial de carácter legal. Si usted no es el destinatario del mensaje, por favor informen y elimínelo de su dispositivo, junto con sus anexos. La Clínica Imbanaco le informa que cualquier uso indebido, retención, revisión no autorizada, distribución, divulgación, reenvío, copia, impresión y reproducción de este mensaje y/o sus anexos, está estrictamente prohibido y sancionado legalmente, como lo establece la ley 1273 de enero de 2009.

**NOTA:** El horario de recepción de documentos es de lunes a viernes de 08:00 am a 05:00 pm, lo recibido en horario posterior se radicará al día hábil siguiente.

---

**De:** Juzgado 02 Civil Municipal - Valle del Cauca - Cali <j02cmcali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

**Enviado:** miércoles, 24 de julio de 2024 4:13 p. m.

**Para:** Notificaciones Judiciales COSMITET LTDA. <notificaciones\_judiciales@cosmitet.net>; gerencia@cosmitet.net <gerencia@cosmitet.net>; Juridico IMB <Juridico.Imb@quironsalud.com>; Gerencia General Imbanaco <Gerenciageneral.Imb@quironsalud.com>; Diana Patricia Gonzalez Henao <Diana.GonzalezH@quironsalud.com>

**Asunto:** [EXTERNAL]ENVIO OFICIO NRO. 581 RAD: 2023-890

**CORREO EXTERNO – NO haga clic en enlaces o archivos adjuntos a menos que confíe en el remitente y que el contenido sea SEGURO.**

Cordial saludo,

Procede el despacho enviar oficio No.581 dentro del proceso EJECUTIVO con número de radicación 76001-40-03-002-2023-00890-00, según lo estableció el art. 11 de la ley 2213 de junio 13 de 2022.

Se le recuerda a la parte adelantar el trámite pertinente para hacer efectivo lo decretado en el proceso mencionado.

SE ADVIERTE QUE EL NOMBRE DEL ARCHIVO QUE CONTIENE EL OFICIO NO PUEDE SER CAMBIADO NI MODIFICADO YA QUE ELLO IMPEDIRÁ LA AUTENTICACIÓN DEL DOCUMENTO, EL MISMO DEBERÁ SER REMITIDO Y VALIDADO TAL CUAL Y COMO AQUÍ SE ENVÍA.

Para la verificación de los documentos firmados electrónicamente deberá de seguir los siguientes pasos:

Firmas Digitales

Documentos firmados electrónicamente

Puede validar su autenticidad de la siguiente manera:

1. Descargue el archivo en su computador
2. Abra el archivo
3. Identifique el código verificación ubicado al final del documento
4. Para validar su autenticidad por favor ingrese al siguiente

link: <https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica/ValidarDocumento>

5. Adjunte el archivo, copie y pegue el código de verificación sin espacios
6. Presione el botón validar

Favor confirmar recibido

Atentamente,

CARLOS ALBERTO CARDONA OROZCO  
Asistente Judicial Grado 06  
Juzgado Segundo Civil Municipal

---

El juzgado 02 Civil Municipal de Cali informa:

Enlace **ESTADO y TRASLADO ELECTRÓNICO NUEVO:**

[https://publicacionesprocesales.ramajudicial.gov.co/c/portal/layout?p\\_l\\_id=6098928&p\\_p\\_id=co\\_com\\_avanti\\_efectosProcesales\\_PublicacionesEfectosProcesalesPortlet\\_INSTANCE\\_qOzzZevqIWbb&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=normal&co\\_com\\_avanti\\_efectosProcesales\\_PublicacionesEfectosProcesalesPortlet\\_INSTANCE\\_qOzzZevqIWbb\\_action=filterCategories&co\\_com\\_avanti\\_efectosProcesales\\_PublicacionesEfectosProcesalesPortlet\\_INSTANCE\\_qOzzZevqIWbb\\_tipoCategoria=despacho&co\\_com\\_avanti\\_efectosProcesales\\_PublicacionesEfectosProcesalesPortlet\\_INSTANCE\\_qOzzZevqIWbb\\_idDespacho=7211876](https://publicacionesprocesales.ramajudicial.gov.co/c/portal/layout?p_l_id=6098928&p_p_id=co_com_avanti_efectosProcesales_PublicacionesEfectosProcesalesPortlet_INSTANCE_qOzzZevqIWbb&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&co_com_avanti_efectosProcesales_PublicacionesEfectosProcesalesPortlet_INSTANCE_qOzzZevqIWbb_action=filterCategories&co_com_avanti_efectosProcesales_PublicacionesEfectosProcesalesPortlet_INSTANCE_qOzzZevqIWbb_tipoCategoria=despacho&co_com_avanti_efectosProcesales_PublicacionesEfectosProcesalesPortlet_INSTANCE_qOzzZevqIWbb_idDespacho=7211876)

Código QR **ESTADO Y TRASLADO ELECTRÓNICO NUEVO:**



Enlace **ESTADO y TRASLADO ELECTRÓNICO JUNIO 2020 A 14 MAYO 2024:**

<https://portalhistorico.ramajudicial.gov.co/portal/inicio>

Código QR **ESTADO Y TRASLADO ELECTRÓNICO JUNIO 2020 A 14 MAYO 2024:**



Enlace **CONSULTA PROCESOS:**

<https://consultaprosesos.ramajudicial.gov.co/procesos/bienvenida>

Código QR **CONSULTA PROCESOS:**



Teléfono juzgado: **(602) 8986868 Extensión 5022-5023.**

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.

Paciente: MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE (No Interno: 398.305)

Identificación del Paciente

|                     |                                                            |                        |                      |
|---------------------|------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|
| Paciente            | MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE                                | Doc. de identificación | CC 31282885          |
| Fecha de Nacimiento | 28-enero-1957                                              | Edad                   | 65 Años 1 Mes 5 Días |
| Estado Civil        |                                                            | Sexo                   | Femenino             |
| Ocupación           |                                                            | Grupo Sanguineo        |                      |
| Teléfono            | 3167405868                                                 | Celular                | 3163415411           |
| Dirección           | CARRERA 46 A NO 12 35 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA |                        |                      |
| Responsable         | JULIAN DAVID MIRA MOLINA                                   |                        |                      |

Llegada del Paciente

|                                                 |                    |
|-------------------------------------------------|--------------------|
| Ingreso al Servicio                             |                    |
| Fecha y hora de Ingreso                         | 04-mar.-2022 18:05 |
| El paciente se moviliza por sus propios medios? | No                 |
| Estado de Llegada                               | Alerta             |
| Llegó remitido de                               |                    |
| Fecha y hora de Atención                        | 04-mar.-2022 19:05 |
| Medio de transporte                             |                    |
| Procedencia                                     | Domicilio          |

Causa de Consulta y Anamnesis

Causa del evento: "Tengo dolor"  
Fecha de ocurrencia: Tiempo de evolución: 1 Días Tipo de evento: Enfermedad General  
Tipo consulta PyP: Sitio de ocurrencia:

Enfermedad Actual - (Anamnesis)

Paciente de 65 años, con antecedente de CA de páncreas de diagnostico reciente, en espera de iniciar quimioterapias, ya valorada por oncología, consulta por cuadro clínico de 1 día de evolución de dolor abdominal en epi y mesogastrio, irradiado a region lumbar, asociado a nauseas y vomito. Niega fiebre, diarrea, síntomas respiratorios o alguna otra sintomatología.

Atención Clínica

|                         |                                                                                                                |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Antecedentes Personales |                                                                                                                |
| Alérgicos               | Alergias :                                                                                                     |
| Patológicos             | - HTA                                                                                                          |
|                         | DM2 IR                                                                                                         |
|                         | DISLIPIDEMIA                                                                                                   |
|                         | SOBREPESO                                                                                                      |
|                         | SINDROME METABOLICO                                                                                            |
|                         | NEUROPATIA DIABETICA                                                                                           |
|                         | RETINOPATIA DIABETICA                                                                                          |
|                         | TOXPLASMOSIS FEB 2019(Reg: 15 Jun 2019 12:45:)                                                                 |
| Patológicos             | - HTA                                                                                                          |
|                         | Diabetes mellitus                                                                                              |
|                         | CA de páncreas(Reg: 04 Mar 2022 19:22:)                                                                        |
| Quirúrgicos             | - CX MANGUITO ROTADOR DERECHO, CX TUNEL CARPEANO BILATERAL, CESAREA #2, HISTERECTOMIA(Reg: 15 Jun 2019 12:45:) |
| Quirúrgicos             | - Anotados(Reg: 04 Mar 2022 19:22:)                                                                            |
| Traumatológicos         | - Niega(Reg: 04 Mar 2022 19:22:)                                                                               |
| Farmacológicos          | - TTO AMBULATORIO ACTUAL.                                                                                      |
|                         | METOPROLOL 50 MG X1                                                                                            |
|                         | LOSARTAN 50 MG X2                                                                                              |
|                         | GABAPENTIN 400 MG X1                                                                                           |
|                         | ROSUVASTATINA 40 MG X1                                                                                         |
|                         | INSULINA LANTUS 0-0-52                                                                                         |
|                         | HUMALOG 18-20-18(Reg: 15 Jun 2019 12:45:)                                                                      |
| Farmacológicos          | - Losartan 50mg día                                                                                            |
|                         | Metoprolol 50mg día                                                                                            |
|                         | Lantus 10 UI SC noche                                                                                          |
|                         | Apidra 5UI SC preprandiales(Reg: 04 Mar 2022 19:22:)                                                           |
| Tóxicos                 | - TABAQUISMO PASIVO(Reg: 15 Jun 2019 12:45:)                                                                   |
| Tóxicos                 | - Niega(Reg: 04 Mar 2022 19:22:)                                                                               |
| Inmunológicos           | - Niega(Reg: 04 Mar 2022 19:22:)                                                                               |

Paciente: MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE (No Interno: 398.305)

|           |                                                                                                                         |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Otros     | - diabetes(Reg: 30 Jun 2011 12:30:)                                                                                     |
| Otros     | - Diabetica insulino dependiente de 17 años de evolucion ( 5 con insulina)<br>HTA controlada con losartan y betoprolol. |
|           | Histerectomia<br>reparo del manguito rotoador derecho<br>dos tuneles carpinanos.(Reg: 02 Ene 2014 08:49:)               |
| Perinatal | - Niega(Reg: 04 Mar 2022 19:22:)                                                                                        |

| Antecedentes Familiares | Mamá    | Papá | Hno(a) | Abuelo(a) | Conyugue | Hijo(a) | Otros |
|-------------------------|---------|------|--------|-----------|----------|---------|-------|
| Otros                   | - Niega |      |        |           |          |         |       |

Signos vitales

| Fecha              | P. A.  | PAM | P. Pulm. | PPM | PVC | Temp °C | F.Card. | F. Resp | Sat O2 | FIO2 |
|--------------------|--------|-----|----------|-----|-----|---------|---------|---------|--------|------|
| 04/mar./2022 18:08 | 127/97 | 107 | /        |     |     | 35.7    | 100     | 20      | 97     |      |
| 04/mar./2022 19:21 | 126/94 |     | /        |     |     | 35.7    | 86      | 20      | 97     |      |
| 05/mar./2022 06:17 | 112/53 | 73  | /        |     |     | 36.3    | 92      | 19      | 93     | 21   |
| 05/mar./2022 10:11 | 120/66 | 84  | /        |     |     | 35.1    | 94      | 19      | 96     | 21   |

Revisión por Sistemas

04 marzo 2022 19:21 - (URG PO ADULTO)

Observaciones. .... Revisión por sistemas negativo

Firmado electrónicamente por CRISTIAN DAVID ARIAS GIRALDO -- MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 1144080749 Identificación CC 1144080749

Examen Físico

04 marzo 2022 19:21 - (URG PO ADULTO)

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado General. ....      | Paciente ingresa en silla de ruedas, luce en buenas condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, afebril, normotenso, frecuencia cardiaca y saturación normal.                                                                                                                                                                                                    |
| Cabeza. ....              | Sin alteraciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Boca y Faringe. ....      | Sin alteraciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Cuello. ....              | Sin alteraciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Tórax. ....               | Normoexpansible, simétrico, murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados. Ruidos cardiacos rítmicos, regulares, sin soplos.                                                                                                                                                                                                                        |
| Abdomen. ....             | Blando, depresible, dolor a la palpación de epigastrio, no masas o megalias, no signos de irritación peritoneal                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Genito - Urinario. ....   | Sin alteraciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Musculo-esquelético. .... | Sin alteraciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Neurológico. ....         | Alerta, orientada en las 3 esferas, sin signos de focalización.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Piel. ....                | Sin alteraciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Analisis. ....            | Paciente de 65 años, con antecedente de CA de páncreas de diagnostico reciente, pendiente iniciar manejo oncoespecifico, con cuadro de dolor abdominal, probablemente de origen oncológico, en el momento estable, abdomen negativo, ingreso paciente para manejo analgésico, solicito paraclínicos para descartar otra etiología del dolor, revalorar con resultados. Se explica. |
| Observaciones. ....       | Revisión por sistemas negativo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Triage. ....              | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

Firmado electrónicamente por CRISTIAN DAVID ARIAS GIRALDO -- MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 1144080749 Identificación CC 1144080749

| Diagnósticos de Ingreso                                                                                                                       | Localización | Tipo DX             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------|
| -- (C251) TUMOR MALIGNO DEL CUERPO DEL PANCREAS                                                                                               |              | Confirmado Repetido |
| Firmado electrónicamente por CRISTIAN DAVID ARIAS GIRALDO -- MEDICINA GENERAL<br>Tarjeta Profesional: 1144080749 Identificación CC 1144080749 |              |                     |

Notas de Evolución

04 marzo 2022 22:05 - (URG PO ADULTO)

Análisis de Resultados de Exámenes

902210 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS  
LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA)  
AUTOMATIZADO: Leucocitosis, Neutrofilia  
Día de Hospitalización No.

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

Página 3 de 9  
25-jul.-2024 15:06

### Análisis de Resultados de Exámenes

906914 PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO: Francamente elevada  
Proteína C reactiva - 147.4

903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS: Normal

903847 LIPASA: Normal

903805 AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS: Normal

Tipo Estancia: Evolución Urgencias

Criterio: Paciente que requiere valoración por alguna especialidad

Criterio: Paciente en espera de imágenes diagnósticas, laboratorio clínico, para aclarar diagnóstico o definir conducta.

Paciente de 65 años, con antecedente de neoplasia pancreática, pendiente inicio de quimio, además Colelap el 23/01/22, ahora con cuadro de dolor abdominal, ahora con mejoría, paraclínicos con evidencia de leucocitosis importante y PCR francamente elevada, se comenta con cirujano de turno, Dr. Guitarrero, quien indica solicitar TAC abdominal contrastado, y que valorará paciente. Se explica

Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **CRISTIAN DAVID ARIAS GIRALDO** -- MEDICINA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1144080749 Identificación CC 1144080749

### Notas de Interconsultas

**04 marzo 2022 23:23** - (URG PO ADULTO)

#### CIRUGÍA GENERAL

PACIENTE EN POP DEL 22 DE ENERO DE COLELAP, SE ENCONTRO EN CIRUGIA UNA MASA PANCREATICA, SE REALIZARON BIOPSIAS CONCLUYENTES CON UNA NEOPLASIA INDIFERENCIADA DEL PANCREAS.

EN EL MOMENTO A PORTAS DE INICIAR QUIMIOTERAPIA.

CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 24 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO EN EL EPIGASTRIO CON IRRADIACION HACIA LA REGION DORSAL IZQUIERDA.

REFIERE VOMITO EN ALGUNOS EPISODIOS.

NIEGA ICTERICIA, FIEBRE, U OTROS SINTOMAS.

#### ANTECEDENTES.

HTA, D,, DISLIPIDEMIA, NEUROPATIA DIABETICA.

LO MENCIONADO.

#### AL EXAMEN FISICO.

CONJUNTIVAS HUMEDAS Y ROSADAS, LEVE TINTE ICTERICO.

CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOR A LA PALPACION EN EL EPIGASTRIO, NO PRESENTA SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, MAYO ROBSON NEGATIVO, BLUMBERG NEGATIVO.

SNC NORMAL.

HEMOGRAMA CON 16000 BLANCOS, NEUTROFILIA, PCR ELEVADA.

UROANALISIS NORMAL. AMILASA Y LIPASA NORMALES.

#### ANALISIS

PACIENTE CON NEOPLASIA AVANZADA EN EL PANCREAS Y APARICION DE DOLOR AGUDO DE 24 HORAS CON LEUCOCITOSIS Y SIRS.

SE ESTUDIARA LA CAVIDAD CON TOMOGRAFIA DE ABDOMEN PARA DESCARTAR PANCREATITIS O COLECCIONES INTRABDOMINALES.

POR AHORA SIN ABDOMEN AGUDO NI INDICACION QUIRURGICA URGENTE.

#### PLAN

TAC DE ABDOMEN CON TRIPLE CONTRASTE.

Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **JOSE FERNANDO GUITARRERO PINZON** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 52606 Identificación CC 7727722

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

Página 4 de 9  
25-jul.-2024 15:06

### Notas de Evolución

**05 marzo 2022 09:15** - (URG PO ADULTO)

Análisis de Resultados de Exámenes

879420 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL): CA de páncreas, con metástasis hepáticas

Firmado electrónicamente por **CARLOS FERNANDO CUADRADO ARCE** -- MEDICINA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1265/91 Identificación CC 16690123

**05 marzo 2022 09:28** - (URG PO ADULTO)

Día de Hospitalización No.2

EVOLUCION Qx GENERAL.----

BLANCA E MOLINA.----65 AÑOS.---

Diagnósticos:

CA DECABEZA DE PANCREAS X HC

POP RECIENTE DE COLELAP (ENERO23-22)

TRANQUILA REFIERE SENTIRSE MEJORSIN DOLOR

RELATA SOLO MAREOS Y NAUSEAS PERI SIN VOMITO

SIN FIEBRE NI ESCALOFRIOS

TA 138/76 FC 76 FR 12 AFEBRIL

SIN SIGNOS DE DIF RESPIRATORIO

RSCSRs BIEN TIMBRADOS

ABDOMEN LEVEMENTE DISTENDIDO

SIN DEFICIT NEUROLOGUI

PLAN. CUADRO CLINICOI NO RELACIONADO CON COMPLICACIONES RECIENTES DEL POP DE VESICULA (NO HAY

HEMATOMA NO ABSCESO DEL LECHO) SOLO RELACIONADO CON SU PATOLOGIA DE BASE

SE COEMNTARA CON MD TRATANTE (DR W CARO Y DR GUERRERO ONCOLOGO)

Firmado electrónicamente por **CARLOS EDUARDO GALLEGO ACHITO** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 11306/92 Identificación CC 16486501

**05 marzo 2022 10:45** - (URG PO ADULTO)

Día de Hospitalización No.2

Diagnósticos:

SE COMENTA PACIENTE CON DR W. CARO, QUIEN INDICA VALORACION POR CUIDADO PALIATIVO

SE COMENTA CON CUIDADO PALIATIVO, LA VALORARAN

SE EXPLICA A FAMILIAR

Firmado electrónicamente por **CARLOS FERNANDO CUADRADO ARCE** -- MEDICINA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1265/91 Identificación CC 16690123

**05 marzo 2022 12:52** - (URG PO ADULTO)

Día de Hospitalización No.2

Diagnósticos:

ANTECEDNETE DE DM INSULINO REQUIRIENTE SE FORMULA CONCILACION MEDICAMENTOSA.

APIDRA - 5 UI SC CAD A 8 HORA 10 MIN PREPRANDIAL -

LANTUS - 10 UI SC NOCHE

Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **EDGAR RAFAEL RODRIGUEZ SALAZAR** -- MEDICINA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1108568952 Identificación CC 1108568952

### Notas de Interconsultas

**05 marzo 2022 13:26** - (URG PO ADULTO)

Dolor y Cuidado Paliativo.

Blanca Emilse Molina.

Edad 65 años.

Paciente con diagnostico de:

1. Ca de Pancreas.



Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

2. Metastasis Hepaticas.
3. Colectectomía reciente por colelitiasis.
4. Dolor oncológico no controlado.
5. DM. IR.

Paciente con antecedente de Ca de páncreas de diagnóstico reciente, colecistectomía enero 2022, actualmente con cuadro clínico de dolor abdominal asociado a emesis de aproximadamente 4 días de evolución, informa dolor epigástrico que se irradia en banda a región dorsal, asociado episodio de emesis el día de ayer, estreñimiento, niega fiebre, síntomas urinarios, paciente fue valorada por cirugía quien descarta patología de tipo quirúrgico o proceso de colección o infeccioso asociado a procedimiento quirúrgico reciente, en el momento paciente refiere control significativo de dolor con el manejo analgésico realizado.

Paciente en el momento tranquila alerta orientada colaboradora, en compañía de hijo.

Ruidos cardiacos rítmicos, campos pulmonares bien ventilados sin sobreagregados. Abdomen blando Depresible sin masas ni megalias, dolor a la palpación de epigastrio, no signos de irritación peritoneal.

No edemas. Neurológico sin alteración.

04/03/2022 TAC de Abdomen El hígado de forma, tamaño y situación normal, densidad heterogénea, valorando múltiples lesiones nodulares sólidas, hipodensas, con aumento en la densidad periférica, de diferentes diámetros, en relación a proceso metastásico.

No hay dilatación de la vía biliar intrahepática.

Vesícula biliar no valorada por antecedente quirúrgico.

El estómago, bazo, glándulas suprarrenales y riñones de tamaño y densidad normal. No hay proceso obstructivo.

El páncreas de densidad heterogénea, con aumento en el diámetro, con hipodensidad difusa a nivel del cuerpo y cola del páncreas, con hipocaptación del contraste, en relación al antecedente de CA de páncreas, el cual tiene un diámetro máximo de 5.4 x 3.1 cm, con dilatación del conducto pancreático.

No hay líquido libre a nivel intraabdominal ni retroperitoneal.

No se visualizan adenopatías a nivel intraabdominal ni retroperitoneal.

Paciente con antecedente de Ca de Páncreas reciente diagnóstico, consulta con dolor abdominal, ya valorada por cirugía quien descarta manejo quirúrgico, en el momento paciente con adecuado control de dolor con plan analgésico propuesto, se considera continuar plan de manejo analgésico establecido, se rota a vía oral para considerar manejo ambulatorio de acuerdo a concepto de oncología. Se dan indicaciones y recomendaciones. Signos de alarma. Se explica ampliamente situación clínica a familiares y paciente, quienes conocen el curso clínico del mismo.

Mauricio Muñoz.

Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **MAURICIO MUÑOZ HERRAN** -- MEDICINA FAMILIAR  
Tarjeta Profesional: 93412545 Identificación CC 93412545

### Notas de Evolución

**05 marzo 2022 14:23** - (URG PO ADULTO)

Día de Hospitalización No.2

Diagnósticos:

SE DEJA MANEJO SINTOMATICO -

Firmado electrónicamente por **EDGAR RAFAEL RODRIGUEZ SALAZAR** -- MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 1108568952 Identificación CC 1108568952

### Nota de Egreso

**05 marzo 2022 16:32** - (URG PO ADULTO)

Se dan recomendaciones al paciente/familia

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CA DE PANCREAS RECIENTE DIAGNOSTICO, CONSULTA CON DOLOR ABDOMINAL, YA VALORADA POR CIRUGÍA QUIEN DESCARTA MANEJO QUIRÚRGICO, EN EL MOMENTO PACIENTE CON ADECUADO CONTROL DE DOLOR CON PLAN ANALGÉSICO PROPUESTO, SE CONSIDERA CONTINUAR PLAN DE MANEJO ANALGÉSICO ESTABLECIDO, SE ROTA A VIA ORAL PARA CONSIDERAR MANEJO AMBULATORIO DE ACUERDO A CONCEPTO DE ONCOLOGÍA. SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES. SIGNOS DE ALARMA. SE EXPLICA AMPLIAMENTE SITUACION CLÍNICA A FAMILIARES Y PACIENTE, QUIENES CONOCEN EL CURSO CLÍNICO DEL MISMO.

Firmado electrónicamente por **EDGAR RAFAEL RODRIGUEZ SALAZAR** -- MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 1108568952 Identificación CC 1108568952

### Ordenes de Exámenes

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

**04 marzo 2022 19:24** - (URG PO ADULTO)

\* (Hora: 19:24) 902210 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS Ubicación **No Aplica**  
INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y  
MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

\* (Hora: 19:24) 903805 AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS Ubicación **No Aplica**

\* (Hora: 19:24) 903847 LIPASA Ubicación **No Aplica**

\* (Hora: 19:24) 906914 PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO Ubicación **No Aplica**

\* (Hora: 19:24) 903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS Ubicación **No Aplica**

Firmado electrónicamente por **CRISTIAN DAVID ARIAS GIRALDO** -- MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 1144080749 Identificación CC 1144080749

**04 marzo 2022 22:13** - (URG PO ADULTO)

\* (Hora: 22:13) 890402 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS (CIRUGIA GENERAL) Ubicación **No Aplica**

\* (Hora: 22:13) 879420 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL) Ubicación **No Aplica**

Observaciones TAC abdomen contrastado

Ultima ingesta: 1pm

Firmado electrónicamente por **CRISTIAN DAVID ARIAS GIRALDO** -- MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 1144080749 Identificación CC 1144080749

**05 marzo 2022 10:45** - (URG PO ADULTO)

\* (Hora: 10:45) 890443 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS Ubicación **No Aplica**  
(DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO)

Firmado electrónicamente por **CARLOS FERNANDO CUADRADO ARCE** -- MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 1265/91 Identificación CC 16690123

### Ordenes de Medicamentos

**04 marzo 2022 19:22** - (URG PO ADULTO)

\* buscapina COMPUESTA (20 mg + 2,5 gramos) / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL **Dosificación:** 1 UNIDAD  
CUM: 036344-03 IUM:

**Observaciones:** ENDOVENOSA CADA 1 AHORA DURANTE 1 DOSIS ÚNICA

\* ACETAMINOFEN 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL **Dosificación:** 1 GRAMO  
CUM: 20048683-01 IUM:

**Observaciones:** ENDOVENOSA CADA 1 AHORA DURANTE 1 DOSIS ÚNICA

\* OXicodona 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación:** 4 MILIGRAMOS  
CUM: 20065026-01 IUM:

**Observaciones:** ENDOVENOSA CADA 1 AHORA DURANTE 1 DOSIS ÚNICA

\* PLITICAN 50 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL **Dosificación:** 50 MILIGRAMOS  
CUM: 0020497-01 IUM:

**Observaciones:** ENDOVENOSA CADA 1 AHORA DURANTE 1 DOSIS ÚNICA

Firmado electrónicamente por **CRISTIAN DAVID ARIAS GIRALDO** -- MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 1144080749 Identificación CC 1144080749

**05 marzo 2022 12:50** - (URG PO ADULTO)

\* APIDRA 1.000 unidades / 10 mL SOLUCION INYECTABLE VIAL x 10 mL **Dosificación:** 1 APLICACION  
CUM: 19950478-01 IUM:

**Observaciones:** SUBCUTANEA CADA 8 HORAS DURANTE 1 HASTA NUEVA ORDEN 5 UI SC CAD A 8 HORAS-  
PREPRANDIAL

\* LANTUS 1.000 unidades / 10 mL SOLUCION INYECTABLE VIAL x 10 mL **Dosificación:** 1 APLICACION  
CUM: 19914262-04 IUM:

**Observaciones:** ENDOVENOSA CADA 24 HORAS DURANTE 1 HASTA NUEVA ORDEN EN LAS NOCHES 10 UI SC -

Firmado electrónicamente por **EDGAR RAFAEL RODRIGUEZ SALAZAR** -- MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 1108568952 Identificación CC 1108568952

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

**05 marzo 2022 13:28** - (URG PO ADULTO)

- \* ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA **Dosificación:** 1 GRAMO  
CUM: 053560-05 IUM:  
**Observaciones:** ORAL CADA 8 HORAS DURANTE 3 DÍAS 1gramo via oral cada 8 horas.
- \* PREGABALINA 75 mg CAPSULA **Dosificación:** 75 MILIGRAMOS  
CUM: 19953202-19 IUM:  
**Observaciones:** ORAL CADA 12 HORAS DURANTE 3 DÍAS 75mg via oral cada 12horas.
- \* OXICodona 10 mg TABLETA DE LIBERACION PROLONGADA **Dosificación:** 10 MILIGRAMOS  
CUM: 225160-05 IUM:  
**Observaciones:** ORAL CADA 12 HORAS DURANTE 3 DÍAS 10mg via oral cada 12horas.
- \* BRYTEROL 8 mg TABLETA **Dosificación:**  
**Observaciones:** ORAL CADA 8 HORAS DURANTE 3 DÍAS 8mg via oral cada 8 horas.
- \* POLIETILENGLICOL 100 gramos POLVO PARA SUSPENSION ORAL FRASCO x 160 g **Dosificación:** 15 GRAMO  
CUM: 19952762-01 IUM:  
**Observaciones:** ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 3 DÍAS 15 g via oral cada día.

Firmado electrónicamente por **MAURICIO MUÑOZ HERRAN** -- MEDICINA FAMILIAR  
Tarjeta Profesional: 93412545 Identificación CC 93412545

**05 marzo 2022 13:33** - (URG PO ADULTO)

- \* OXICodona 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación:** 2 MILIGRAMOS  
CUM: 20065026-01 IUM:  
**Observaciones:** ENDOVENOSA CADA 1.00 RESCATE DURANTE 1 DOSIS ÚNICA 2mg rescate únicamente.

Firmado electrónicamente por **MAURICIO MUÑOZ HERRAN** -- MEDICINA FAMILIAR  
Tarjeta Profesional: 93412545 Identificación CC 93412545

**05 marzo 2022 14:22** - (URG PO ADULTO)

- \* HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 20 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación:** 1 APLICACION  
CUM: 225064-11 IUM:  
**Observaciones:** ENDOVENOSA CADA 8 HORAS DURANTE 1 HASTA NUEVA ORDEN 1 AMPOLLA CADA 8 HORAS.
- \* NOVALGINA 1 gramo / 2mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL **Dosificación:** 1 APLICACION  
CUM: 033230-04 IUM:  
**Observaciones:** ENDOVENOSA CADA 8 HORAS DURANTE 1 HASTA NUEVA ORDEN ..
- \* ONDANsetron 8mg/4mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 4 mL **Dosificación:** 1 APLICACION  
CUM: 20010204-01 IUM:  
**Observaciones:** ENDOVENOSA CADA 1 DOSIS ÚNICA DURANTE 1 DOSIS ÚNICA SI EMESIS-

Firmado electrónicamente por **EDGAR RAFAEL RODRIGUEZ SALAZAR** -- MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 1108568952 Identificación CC 1108568952

### Control de Medicamentos

**04 marzo 2022 21:21** - (URG PO ADULTO)

**Observaciones:** SE ADMINISTRA DILUIDA EN 100CC DE SSN

- \* 04 Mar 2022 20:30 buscapina COMPUESTA (20 mg + 2,5 gramos) / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL 2.5 GRAMO Via ENDOVENOSA

**Observaciones:** SE ADMINISTRA 4CC DE DILUCION, SE IRRIGA CON 10CC DE SSN

- \* 04 Mar 2022 20:30 OXICodona 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
- \* 04 Mar 2022 20:30 ACETAMINOFEN 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA

**Observaciones:** SE ADMINISTRA DILUIDA EN 100CC DE SSN

- \* 04 Mar 2022 20:30 PLITICAN 50 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 50 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **JISSEL NALLELY MONSALVE PORTILLA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA  
Identificación CC 1006167366

**05 marzo 2022 14:09** - (URG PO ADULTO)

**Observaciones:** CON PREVIA TECNICA ASEPTICA SE ADMINISTRA EN PRERIUMBILICAR IZQUIERDO SIN COMPLICACIONES.

- \* 05 Mar 2022 14:06 APIDRA 1.000 unidades / 10 mL SOLUCION INYECTABLE VIAL x 10 mL 5 UNIDADES INTERNACIONALES Via SUBCUTANEA

Paciente: MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE (No Interno: 398.305)

Firmado electrónicamente por LUISA FERNANDA DUQUE RIOS -- AUXILIAR DE ENFERMERIA  
Identificación CC 1144184830

05 marzo 2022 15:05 - (URG PO ADULTO)  
Observaciones: SE ADMINISTRA 1 GRAMO VIA ORAL EN COMPAÑIA DE SU FAMILIAR  
\* 05 Mar 2022 15:04 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL  
Observaciones: SE ADMINISTRA 75 MG VIA ORAL EN COMPAÑIA DE SU FAMILIAR  
\* 05 Mar 2022 15:06 PREGABALINA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL  
Observaciones: SE DILUYE EN 100 CC DE SSN 0.9% SE ADMINISTRA ENDOVENOSA LENTO  
\* 05 Mar 2022 15:07 NOVALGINA 1 gramo / 2mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA  
Observaciones: SE ADMINISTRA EN 100 CC DE SSN 0.9% ENDOVENOSA LENTO  
\* 05 Mar 2022 15:08 ONDANsetron 8mg/4mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 4 mL 8 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA  
Observaciones: SE DILUYE EN 100 CC DE SSN 0.9%, ENDOVENOSA LENTO  
\* 05 Mar 2022 15:10 HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 20 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 20 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA  
Observaciones: SE ADMINISTRA 15 ML VIA ORAL EN COMPAÑIA DE SU FAMILIAR  
\* 05 Mar 2022 15:11 POLIETILENGLICOL 100 gramos POLVO PARA SUSPENSION ORAL FRASCO x 160 g 15 GRAMO Via ORAL

Firmado electrónicamente por LUISA FERNANDA DUQUE RIOS -- AUXILIAR DE ENFERMERIA  
Identificación CC 1144184830

Glucometria  
05 marzo 2022 06:12 - (URG PO ADULTO)  
Fecha Fecha: 05/03/2022 06:12  
Resultados Resultados: 99 mg/dL  
Valores de Referencia:70-110  
Firmado electrónicamente por JISSEL NALLELY MONSALVE PORTILLA -- AUXILIAR DE ENFERMERIA  
Identificación CC 1006167366  
05 marzo 2022 11:47 - (URG PO ADULTO)  
Fecha Fecha: 05/03/2022 11:47  
Resultados Resultados: 168 mg/dL  
Valores de Referencia:70-110  
Firmado electrónicamente por SANDRA MILENA SERNA CARDONA -- AUXILIAR DE ENFERMERIA  
Identificación CC 38903118

Diagnósticos de Egreso  
-- (C251) TUMOR MALIGNO DEL CUERPO DEL PANCREAS  
Firmado electrónicamente por CRISTIAN DAVID ARIAS GIRALDO -- MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 1144080749 Identificación CC 1144080749

Localización  
Tipo DX  
Confirmado Repetido

Salida Urgencias  
Estado vital al salir Vivo  
Fecha y hora de salida 05 mar. 2022 16:30  
Medio de transporte  
Estado al salir  
Remitido a  
Destino al salir Domicilio

Fórmulas Médicas  
ONDAX 8 mg (8 mg.) -- Cja.x 10Tab 90  
1 tableta via oral cada 8 horas.  
Acetaminofén 500 mg tableta (500 mg) -- 1 Tab. 180  
1 gramo via oral cada 8 horas por un mes  
HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 10 mg (10 mg) -- Caja x 20 tab 90  
1 tableta via oral cada 8 horas.  
OXYCONTIN 10 mg (10 mg) -- Caja x30 comprimidos 60  
10mg via oral cada 12horas.  
Morfina Clorhidrato 3% solución inyectable (3 %) -- 1  
4 gotas via oral rescate en caso de ser necesario. Rescate de dolor.  
PREGABALINA 75 mg (75 mg) -- Cápsula 60  
75mg via oral cada 12 horas.  
CONTUMAX SOBRE X 17 GRAMOS TECNOFARMA () -- CAJA X 15 SOBRES 30  
1 sobre via oral cada dia por 30 días.  
ESOMEPRAZOL 20 mg CÁPSULA () -- 30

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

Página 9 de 9  
25-jul.-2024 15:06

1 capsula via oral cada dia por 30 días

Firmado electrónicamente por **MAURICIO MUÑOZ HERRAN** -- MEDICINA FAMILIAR  
Tarjeta Profesional: 93412545 Identificación CC 93412545

### Datos de Enfermería

#### Notas de Enfermería

**04 marzo 2022 20:30** - (URG PO ADULTO)

INGRESA PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 65 AÑOS DE EDAD AL SERVICIO DE URGENCIAS PISO 0 ADULTOS EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, SE OBSERVA PACIENTE ESTABLE Y ORIENTADA EN SUS TRES ESFERAS MENTALES RECIBIENDO OXIGENO A MEDIO AMBIENTE SIN COMPLICACION, SE MOVILIZA POR SUS PROPIOS MEDIOS, ELIMINA ESPONTANEO EN BAÑO, SIN DEFICIT NEUROLOGICO, CONSULTA EL DIA DE HOY POR DOLOR ABDOMINAL IRRADIAA REGION LUMBAR EL CUAL ES VALORADO POR MEDICO DE TURNO QUIEN GENERA ORDENES LAS CUALES SE VERIFICAN Y SE CUMPLEN, PACIENTE NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS, SE OBSERVA ACCESO VENOSO PERMEABLE EN ANTEBRAZO DERECHO CONECTADO A VALVULA LIIBRE DE AGUJA CUBIERTO CON TRASNPORE LIMPIO Y SECO SIN SIGNOS DE FLEBITIS REALIZADO POR CANALIZADOR DE TURNO, QUEDA PACIENTE EN SILLA RECLINABLE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, TIENE PENDIENTE REPROTE DE PARACLINICOS.

Firmado electrónicamente por **JISSEL NALLELY MONSALVE PORTILLA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA  
Identificación CC 1006167366

**05 marzo 2022 06:19** - (URG PO ADULTO)

ENTREGO PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 65 AÑOS DE EDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PISO 0 ADULTOS EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, PACENTE DURANTE LA NOCHE PASA TRANQUILA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, RECIBE Y TOLERA VIA ORAL, SE ADMINISTRAN MEDICAMENTOS ORDENADOS SIN COMPLICACION, ELIMINA ESPOONTANEO EN BAÑO, PACIENTE CON ALERGIA AL TRAMADOL, QUEDA CON ACCESO VENOSO PERMEABLE EN ANTEBRAZO DERECHO FIJADO CON TRASNPORE LIMPIO Y SECO SIN SIGNOS DE FLEBITIS, QUEDA PACIENTE EN CAMILLA CON BARANDAS ELEVADAS EN BUENAS CONDICIONES GENERALES EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, TIENE PENDIENTE DEFINIR CON REPORTE DE TAC DE ABDOMEN.

Firmado electrónicamente por **JISSEL NALLELY MONSALVE PORTILLA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA  
Identificación CC 1006167366

**05 marzo 2022 10:11** - (URG PO ADULTO)

RECIBO PACIENTE FEMENINA DE 65 AÑOS DE EDAD, CONSCIENTE DESPIERTA Y ORIENTA EN SUS TRES ESFERAS, NIEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS, EN EL MOMENTO SIN FAMILIAR, A LA VALORACION SE OBSERVA PACIENTE CON ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO SIN ADENOPATIAS, TORAX ESTABLE ABDOMEN DEPRESIBLE A LA PALPACION, EXTREMIDADES CON FUERZA Y TONO MUSCULAR CONSERVADOS, CON MOVILIZACION ASISTIDA Y EN SILLA DE RUEDAS PARA EVITAR RIESGO DE CAIDAS, CON ACCESO VENOSO PERIFERICO PERMEABLE SIN SIGNOS DE FLEBITIS INFLAMACION, RUBORIZACION, CON FECHA DE INSERCIÓN DEL 04/03/2022 EN ANTEBRAZO DERECHO CON TAPON LIBRE DE AGUJA, PACIENTE CON EVA DE 0, EN CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA, PENDIETNE REPORTE DE TAC DE ABDOMEN VX POR CX GENERAL PARA DEFINIR CONDUCTVTA Y CONTINUAR MANEJO MEDICO.

Firmado electrónicamente por **LUISA FERNANDA DUQUE RIOS** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA  
Identificación CC 1144184830

**05 marzo 2022 16:54** - (URG PO ADULTO)

PACIENTE VALORADA POR MEDICO DE TURNO QUIEN ORDENA ALTA MEDICA RECOMENDACIONES INDICACIONES, SE RETIRA ACCESO VENOSO SIN COMPLICACIONES, POSTERIOR PACIENTE EGRESA DEL SERVICIO POR SUS PROPIOS MEDIOS.

Firmado electrónicamente por **LUISA FERNANDA DUQUE RIOS** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA  
Identificación CC 1144184830

Firmado Electrónicamente por **ARIAS GIRALDO CRISTIAN DAVID**

Identificación **CC 1144080749**  
Especialidad **MEDICINA GENERAL**  
Tarjeta Profesional **1144080749**

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

### Identificación del Paciente

Paciente **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** Doc. de identificación **CC 31282885**  
Fecha de Nacimiento **28-enero-1957** Edad **64 Años 11 Meses 25 Días** Sexo **Femenino** Grupo Sanguíneo  
Estado Civil Ocupación  
Teléfono **3167405868** Celular **3163415411**  
Dirección **CARRERA 46 A NO 12 35 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA**  
Responsable **BLANCA EMILSE MOLINA GAITAN**

### Llegada del Paciente

**Ingreso al Servicio**  
Fecha y hora de Ingreso **23-ene.-2022 0:23** Fecha y hora de Atención **23-ene.-2022 0:24**  
El paciente se moviliza por sus propios medios? **No** Medio de transporte  
Estado de Llegada **Alerta** Procedencia **Cirugia**  
Llegó remitido de

### Causa de Consulta y Anamnesis

Causa del evento: **DE COLECISTECTOMÍA + TOMA DE BIOPSIA HEPÁTICA Y DE PÁNCREAS POR VIA LAPAROSCOPICA**  
Fecha de ocurrencia: Tiempo de evolución: **1 Días** Tipo de evento: **Enfermedad General**  
Tipo consulta PyP: Sitio de ocurrencia:

### Enfermedad Actual - (Anamnesis)

NOTA INGRESO HOSPITALIZACIÓN

SHAMAR PADRIDIN GOMEZ  
27 AÑOS

DIAGNÓSTICOS ACTUALES:

1. PIELONEFRITIS – E. COLI  
2. NEFROLITIASIS IZQUIERDA

ANTECEDENTES PERSONALES:

-PATOLÓGICOS: LITIASIS RENAL A REPETICIÓN  
-FARMACOLÓGICOS: NIEGA  
-ALÉRGICOS: NIEGA  
-QX: LITOTRIZIA 2020

ANTIBIÓTICO: CEFTRIAXONA 1 GR CADA 12 HORAS (FI:21/01/22)

REPORTE PARACLÍNICOS RECIENTES:

-22/01/22 UROCULTIVO POSITIVO E. COLI, PCR:132.6, HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:21420, N:17510, L:1490, HB:13, PQTS:237000, Cr:0.71.  
-21/01/22: UROANÁLISIS PATOLÓGICO.

REPORTE EXAMENES RECIENTES:

-UROTAC: Nefrolitiasis izquierda. No se observan signos de ureterolitiasis, Cambios perinefríticos ni dilatación del sistema pieloureteral. Hepatomegalia. Estreñimiento.

S: PACIENTE REFIERE SETIRSE MEJOR DE DOLOR, PERO AUN PERSISTE, REFIERE ASTENIA Y ADINAMIA, SIN NUEVOS PICOS FEBRILES.

O: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE

RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS

CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREGREGADOS

ABDOMEN BLANDO, NO PALPO MASAS NI MEGALIAS, DOLOR A LA PALPACIÓN EN FLANCOS Y PUÑO PERCUSIÓN POSITIVA.

MIEMBROS INFERIORES SIN EDEMA



Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

PA:98/66 , FC:88 SATO2: 97%

A: PACIENTE FEMENINA DE 27 AÑOS CON ANTECEDENTE DE UROLITIASIS A REPETICIÓN, ULTIMA LITOTRICIA EN 2020, INGRESA POR CUADRO CLÍNICO DE DOLOR EN FLANCO DERECHO CON IRRADIACIÓN A FOSA ILIACA ASOCIADO A MALESTAR GENERAL, DURANTE ESTANCIA HOSPITALARIA SE REALIZA UROTAC EL CUAL EVIDENCIA NEFROLITIASIS IZQUIERDA Y LA PACIENTE TIENE SIGNOS CLÍNICOS COMPATIBLES CON PIELONEFRITIS CON CRECIMIENTO DE E. COLI EN UROCULTIVO PENDIENTE ANTIBIOGRAMA, YA SE ENCUENTRA EN CUBRIMIENTO ANTIBIÓTICO CON CEFTRIAXONA. LA PACIENTE INGRESA ESTABLE CLÍNICA Y HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, CON DOLOR POR LO CUAL SE AJUSTA ANALGESIA. CONTINUÓ PPLAN INSTAURADO. QUEDO ATENTA.

P:

\*ANALGESIA

\*PARACLÍNICOS DE CONTROL MAÑANA

NOTA INGRESO HOSPITALIZACIÓN

BLANCA EMILSE MOLINA GAITAN  
64 AÑOS

DIAGNÓSTICOS ACTUALES:

-POP DE COLECISTECTOMÍA + TOMA DE BIOPSIA HEPÁTICA Y DE PÁNCREAS POR VIA LAPAROSCOPICA

\* LESION DEL CUERPO DE PANCREAS DE ASPECTO INFILTRATIVO

ANTECEDENTES PERSONALES:

-PATOLÓGICOS: HTA, DM2 INSULINO REQUIRIENTE, DISLIPIDEMIA, OBESIDAD.

-FARMACOLÓGICOS: EMPAGLIFOZINA 25 MG 1 TABLETA AL DIA, ASA 100 MG 1 TABLETA AL DIA, INSLUNA GLARGINA 25-30 U DÍA, INSULINA GLULISINA 8-10 U CON CADA COMIDA, LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS, METORPOLOL 50 MG CADA 12 HORAS, ROSUVASTATINA 1 TABLETA AL DÍA.

-ALERGICOS: NIEGA

-QX: CORRECCIÓN MANGUITO ROTADOR, CX PARA SX DE TUNEL DEL CARPO, HISTERECTOMÍA.

REPORTE IMÁGENES:

03/01/22 RNM ABDOMEN: COMENTARIO:

Presencia de neoplasia a nivel de la unión del cuerpo con la cola del páncreas, mixta, con componente central necrótico o quístico y realce nodular periférico, la cual genera obstrucción del conducto pancreático principal. Las imágenes descritas en el hígado, no permiten descartar metástasis.

Colecistolitiasis.

Imagen sugestiva de hemangioma a nivel esplénico.

S: PACIENTE REFIERE ENOCNTRARSE BIEN, DOLOR LEVE EN SITIO QX, SIN EMESIS.

O: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ESTABLE CLÍNICAMENTE

ALERTA, ORIENTADA

RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS

CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREGREGADOS

ABDOMEN GLOBOSO, BLANDO, HERIDAS QX CUBIERTAS SIN SANGRADO, LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.

A: PACIENTE FEMENINA DE 64 AÑOS CON SINDROME METABÓLICO, QUIEN SE ENCUENTRA EN ESTUDIOS DE LESIÓN PANCREATICA ALTAMENTE SOSPECHOSO DE SER NEOPLASIA MALIGNA, SE REALIZÓ COLECISTECTOMÍA + TOMA DE BIOPSIA HEPÁTICA Y DE PÁNCREAS POR VIA LAPAROSCOPICA CON HALLAZGOS DE LESION ASPECTO TUMORAL INFILTRATIVO DE APROX 10 CMS QUE COMPROMETE TODO EL CUERPO DE PANCREAS CON COMPONENTE MIXTO SOLIDO QUISTICO Y EVIDENCIA DE COMROMISO VASCULAR QUE INVOLUCRA TERRITORIO DEL TROCOCELIACO Y COMPROMISO DE LA GASTRICA IZQUIERDA Y LA ARTERIA ESPLENICA Y SOBRE EL LOBULO IZQUIERDO DE HÍGADO SE APRECIAN DOLE LESIONES NODULARES DE 5 MMS SOSPECHOSAS. LA PACIENTE INGRESA AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN ESTABLE CLÍNICA Y HEMODINAMICAMENTE, DOLOR LEVE EVA 3/10, SIN EMESIS. SE PAUTAN MEDICAMENTOS DE BASE Y SE CONTINUA MANEJO INDICADO POR CIRUJANO. QUEDO ATENTA.

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

**\*\*NEW SCORE: 2 PUNTOS\*\***

P:  
\*CONTINUAR VIGILANCIA POP  
\*ANALGESIA  
\*FRAXEPARINE INICIAR MAÑANA.  
\*GLUCOMETRÍAS EN AYUNAS Y PRE RPANDIALES  
\*SE SUSPENDEN ANTIDIABETICOS ORALES YA QUE NO SE RECOMIENDAN EN MANEJO INTRAHOSPITALARIO.

### Atención Clínica

#### Antecedentes Personales

Alérgicos Alergias :  
Patológicos - HTA  
DM2 IR  
DISLIPIDEMIA  
SOBREPESO  
SINDROME METABOLICO  
NEUROPATIA DIABETICA  
RETINOPATIA DIABETICA  
TOXPLASMOSIS FEB 2019(Reg: 15 Jun 2019 12:45:)  
Quirúrgicos - CX MANGUITO ROTADOR DERECHO, CX TUNEL CARPEANO BILATERAL, CESAREA #2, HISTERECTOMIA(Reg: 15 Jun 2019 12:45:)  
Farmacológicos - TTO AMBULATORIO ACTUAL.  
METOPROLOL 50 MG X1  
LOSARTAN 50 MG X2  
GABAPENTIN 400 MG X1  
ROSUVASTATINA 40 MG X1  
INSULINA LANTUS 0-0-52  
HUMALOG 18-20-18(Reg: 15 Jun 2019 12:45:)  
Tóxicos - TABAQUISMO PASIVO(Reg: 15 Jun 2019 12:45:)  
Otros - diabetes(Reg: 30 Jun 2011 12:30:)  
Otros - Diabetica insulino dependiente de 17 años de evolucion ( 5 con insulina)  
HTA controlada con losartan y betoprolol.  
  
Histerectomia  
reparo del manguito rotoador derecho  
dos tuneles carpinanos.(Reg: 02 Ene 2014 08:49:)

#### Signos vitales

| Fecha              | P. A.  | PAM | P. Pulm. | PPM | PVC | Temp °C | F.Card. | F. Resp | Sat O2 | FIO2 |
|--------------------|--------|-----|----------|-----|-----|---------|---------|---------|--------|------|
| 23/ene./2022 00:38 | 105/54 | 71  | /        |     |     | 36      | 71      | 20      | 94     | 21   |
| 23/ene./2022 01:52 | 105/54 |     | /        |     |     | 36      | 71      | 20      | 94     |      |
| 23/ene./2022 06:12 | 102/50 | 67  | /        |     |     | 35.6    | 68      | 19      | 98     | 21   |
| 23/ene./2022 10:00 | 101/52 | 68  | /        |     |     | 35.2    | 70      | 20      | 94     | 21   |
| 23/ene./2022 15:30 | 99/65  | 76  | /        |     |     | 36.4    | 76      | 20      | 95     | 21   |
| 23/ene./2022 21:25 | 100/53 | 69  | /        |     |     | 3.8     | 71      | 20      | 93     | 21   |
| 24/ene./2022 05:50 | 108/44 | 65  | /        |     |     | 36      | 76      | 18      | 92     | 21   |
| 24/ene./2022 11:44 | 109/54 | 72  | /        |     |     | 35.9    | 77      | 20      | 90     | 21   |
| 24/ene./2022 16:25 | 108/59 | 75  | /        |     |     | 35.9    | 69      | 20      | 95     | 21   |

#### Revisión por Sistemas

**23 enero 2022 01:52** - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)

Observaciones. . . . . **Revisión por sistemas negativo**

Firmado electrónicamente por **CAMILA PEREZ TELLEZ** -- MEDICINA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1094962853 Identificación CC 1094962853

#### Examen Físico

**23 enero 2022 01:52** - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)

Estado General. . . . . **PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE**  
Tórax. . . . . **RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS**  
**CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREALAGREGADOS**



# Historia Clínica de la Atención

## HOSPITALIZACION

Dirección: **CRA. 38BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC Ninguno**  
Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **1320**

Atención No. **14938151**

Página 4 de 13  
25-jul.-2024 15:06

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Abdomen. ....             | <b>ABDOMEN GLOBOSO, BLANDO, HERIDAS QX CUBIERTAS SIN SANGRADO, LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Musculo-esquelético. .... | <b>MIEMBROS INFERIORES SIN EDEMA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Neurológico. ....         | <b>ALERTA, ORIENTADA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Analisis. ....            | <b>A: PACIENTE FEMENINA DE 64 AÑOS CON SINDROME METABÓLICO, QUIEN SE ENCUENTRA EN ESTUDIOS DE LESIÓN PANCREATICA ALTAMENTE SOSPECHOSO DE SER NEOPLASIA MALIGNA, SE REALIZÓ COLECISTECTOMÍA + TOMA DE BIOPSIA HEPÁTICA Y DE PÁNCREAS POR VIA LAPAROSCOPICA CON HALLAZGOS DE LESION ASPECTO TUMORAL INFILTRATIVO DE APROX 10 CMS QUE COMPROMETE TODO EL CUERPO DE PANCREAS CON COMPONENTE MIXTO SOLIDO QUISTICO Y EVIDENCIA DE COMROMISO VASCULAR QUE INVOLUCRA TERRITORIO DEL TROCOCELIACO Y COMPROMISO DE LA GASTRICA IZQUIERDA Y LA ARTERIA ESPLENICA Y SOBRE EL LOBULO IZQUIERDO DE HÍGADO SE APRECIAN DOLE LESIONES NODULARES DE 5 MMS SOSPECHOSAS. LA PACIENTE INGRESA AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN ESTABLE CLÍNICA Y HEMODINAMICAMENTE, DOLOR LEVE EVA 3/10, SIN EMESIS. SE PAUTAN MEDICAMENTOS DE BASE Y SE CONTINUA MANEJO INDICADO POR CIRUJANO. QUEDO ATENTA.</b> |
|                           | <b>**NEW SCORE: 2 PUNTOS**</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                           | <b>P:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                           | <b>*CONTINUAR VIGILANCIA POP</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                           | <b>*ANALGESIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                           | <b>*FRAXEPARINE INICIAR MAÑANA.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Observaciones. ....       | <b>Revisión por sistemas negativo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                           | Firmado electrónicamente por <b>CAMILA PEREZ TELLEZ</b> -- MEDICINA GENERAL<br>Tarjeta Profesional: 1094962853 Identificación CC 1094962853                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| Diagnósticos de Ingreso                                         | Localización                                                                                                                                    | Tipo DX               |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>-- (K802) CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS</b> |                                                                                                                                                 | Impresion Diagnóstica |
|                                                                 | Firmado electrónicamente por <b>LINA MARCELA GARCIA CANO</b> -- MEDICINA GENERAL<br>Tarjeta Profesional: 763173-12 Identificación CC 1113618930 |                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Notas de Evolución</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>23 enero 2022 01:55 - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)</b><br>Día de Hospitalización No.1<br><br>Diagnósticos:<br>(C258) LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL PANCREAS<br>(K802) CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS<br><br>Tipo Estancia: Hospitalización<br>Criterio: Paciente con patología que requiera seguimiento clínico por tiempo superior a 6 horas<br>Firmado electrónicamente por <b>CAMILA PEREZ TELLEZ</b> -- MEDICINA GENERAL<br>Tarjeta Profesional: 1094962853 Identificación CC 1094962853                                                                                                                                                 |
| <b>23 enero 2022 10:53 - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)</b><br>Día de Hospitalización No.1<br><br>Diagnósticos:<br>(C258) LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL PANCREAS<br>(K802) CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS<br><br>evolucion medica<br>dx :1.colelap 22/01<br>2.lesion del cuerpo de pancreas de aspecto infiltrativo<br>3.hta<br>4.dm<br><br>s:paciente quien refiere pasa buena noche niega emesis niega naseas leve dolor en abdomen<br>o: encuentro paciente en cama en compañía de familiar<br>signos vitales : ta 102/60 fc 68 fr 19 tempe 36 satura 98%newsscore: 0<br>c/c pupilas isocoricas , escleras anictéricas conjuntivas semipalidas |

## HOSPITALIZACION

Dirección: **CRA. 38BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC Ninguno**

Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **1320**

Atención No. **14938151**

Página 5 de 13  
25-jul.-2024 15:06

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

c/p tórax normoexpansible, murmullo vesicular presente. ruidos cardíacos rítmicos y regulares.  
abdomen blando, depresible, heridas quirúrgicas cubiertas no estigmas de sangrado activo. leve dolor a la palpación en hipocondrio derecho no signos de irritación peritoneal  
genitales se omite  
extremidades sin edema, con llenado capilar menor a 2 segundos.  
glasgow 15/15

plan : paciente quien se encuentra en estudios de lesión pancreatica altamente sospechoso de ser neoplasia maligna, se realizó colecistectomía + toma de biopsia hepática y de páncreas por via laparoscopica con hallazgos de lesion aspecto tumoral infiltrativo de aprox 10 cms que compromete todo el cuerpo de pancreas con componente mixto solido quistico y evidencia de compromiso vascular que involucra territorio del trococoliaco y compromiso de la gastrica izquierda y la arteria esplenica y sobre el lobulo izquierdo de hígado se aprecian dole lesiones nodulares de 5 mms sospechosas, en el momento estable se continua igual manejo medico y vigilancia

Tipo Estancia: Hospitalización

Criterio: Paciente que requiera tratamiento médico prolongado con medicaciones endovenosas

Firmado electrónicamente por **LINA MARCELA GARCIA CANO** -- MEDICINA GENERAL

Tarjeta Profesional: 763173-12 Identificación CC 1113618930

**23 enero 2022 20:19** - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)

Día de Hospitalización No.1

PACIENTE CON GLUCOMETRÍAS EN LÍMITE INFERIOR. POR AHORA NO SE INDICA LAS 25 UNIDADES DE GLARGINA YA QUE SE ENCUENTRA CON DIETA LIQUIDA UNICAMENTE Y GLUCOMETRÍAS EN LIMITROFES. SE TOMARA NUEVA GLUCOMETRÍA EN AYUNO MAÑANA.

Firmado electrónicamente por **CAMILA PEREZ TELLEZ** -- MEDICINA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1094962853 Identificación CC 1094962853

**23 enero 2022 20:48** - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)

Día de Hospitalización No.1

Diagnósticos:

(K802) CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS

(C258) LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL PANCREAS

(K802) CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS

EVOLUCION CIRUGIA

PACIENTE MUY ESTABLE SIN DOLOR TOLERANDO DIETA LIQUIDA  
SIN COMPROMISO SISTEMICO BUENA DIURESIS ESPONTANEA NO TAQUICARDICA

ABDOMEN BLANDO SIN DOLOR SIN DEFENSA SIN SX DE IRRITACION PERITONEAL  
HDAS SIN CAMBIOS INFLAMATORIOS

PÑLAN SE CONTINUA IGUAL MANEJO INTEGRAL

SEGUIMIENTO DE GLOCOMETRIAS

SE AVANZA A DIETA BLANDA

Firmado electrónicamente por **WILSON GONZALO CARO BEDOYA** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 02569-90 Identificación CC 16690666

**24 enero 2022 09:18** - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)

Día de Hospitalización No.2

Diagnósticos:

(K802) CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS

(C258) LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL PANCREAS

(K802) CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS

evolucion medica

dx :1.colelap 22/01

2.lesion del cuerpo de pancreas de aspecto infiltrativo

3.hta

4.dm

s:paciente quien refiere pasa buena noche niega emesis niega naseas niega dolor , diuresis positiva , deposicion negativa

o: encuentro paciente en cama en compañía de familiar

signos vitales : ta 108/60 fc 76 fr 18 tempe 36 satura 94% newsscore: 2

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

c/c pupilas isocóricas, escleras anictéricas conjuntivas semipalidas  
c/p tórax normoexpansible, murmullo vesicular presente. ruidos cardíacos rítmicos y regulares.  
abdomen blando, depresible, heridas quirúrgicas cubiertas no estigmas de sangrado activo. leve dolor a la palpación en hipocondrio derecho no signos de irritación peritoneal  
genitales se omite  
extremidades sin edema, con llenado capilar menor a 2 segundos.  
glasgow sin déficit  
plan: paciente quien se encuentra en estudios de lesión pancreática altamente sospechoso de ser neoplasia maligna, se realizó colecistectomía + toma de biopsia hepática y de páncreas por vía laparoscópica con hallazgos de lesión aspecto tumoral infiltrativo de aprox 10 cms que compromete todo el cuerpo de páncreas con componente mixto sólido quístico y evidencia de compromiso vascular que involucra territorio del trococélico y compromiso de la gástrica izquierda y la arteria esplénica y sobre el lóbulo izquierdo de hígado se aprecian dolo lesiones nodulares de 5 mms sospechosas, ayer valorado por dr caro indica dieta blanda en el momento estable se continua igual manejo medico y vigilancia

Tipo Estancia: Hospitalización

Criterio: Paciente que requiera tratamiento médico prolongado con medicaciones endovenosas

Firmado electrónicamente por **LINA MARCELA GARCIA CANO** -- MEDICINA GENERAL

Tarjeta Profesional: 763173-12 Identificación CC 1113618930

**24 enero 2022 17:06** - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)

Día de Hospitalización No.2

Diagnósticos:

(K802) CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS

(C258) LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL PANCREAS

(K802) CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS

buena evolución general

ambulatoria sin dolor

tolerando fdieta blanda sin sris ni sx de alarma abdominal

plan salida con inidcaicones

revaloración con reporte de biopsias

Firmado electrónicamente por **WILSON GONZALO CARO BEDOYA** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 02569-90 Identificación CC 16690666

**24 enero 2022 17:37** - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)

Día de Hospitalización No.2

Diagnósticos:

(K802) CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS

(C258) LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL PANCREAS

(K802) CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS

PROGRAMA DE CUIDADOS INTEGRADOS

RECREACIÓN

Se realiza seguimiento desde recreación con la paciente Blanca Lucia Molina Baenz con el objetivo de:

- Brindar estimulación cognitiva.

Enterada de la historia clínica, las evaluaciones e intervenciones del equipo interdisciplinar de Cuidados Integrados. Se encuentra a Blanca despierta, sentada en silla, orientada en persona y espacio, parcialmente en tiempo, actualmente acompañada por su cuidadora. Al indagar acerca del patrón de sueño y alimentación la paciente indica que duerme por intervalos largos y en cuanto a la alimentación, menciona tener poco apetito.

Se procede a realizar intervención psico-lúdica, utilizando la expresión lúdico-musical, la cual le permitió reconocer diferentes sonidos y hallar alguna relación con sus experiencias significativas o sus emociones. Durante la intervención Blanca responde a los sonidos con dificultad, de los cuales menciona que le evocan tranquilidad. Por otra parte, la paciente realiza una actividad en la que se sitúa imaginariamente en su hogar de finca junto a sus trabajadores. La paciente es parcialmente irrelevante, sin embargo, colaboradora, participativa, establece contacto visual, atiende instrucciones sencillas y culmina la actividad propuesta con éxito.

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

Para la próxima sesión se plantea:

- Actividades de estimulación cognitiva (memoria y atención)

Se finaliza la intervención dejando a la paciente tranquila.

Firmado electrónicamente por **JULIETH CLAUDETH SALAZAR GARCIA** -- RECREADOR(A)

Identificación CC 1112480140

### Nota de Egreso

**24 enero 2022 17:09** - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)

POP DE COLELAP Y BX HEPATICA Y PANCREATICA POR LAPAROSCOPIA CON BUENA EVOLUCION

Se dan recomendaciones al paciente/familia

Firmado electrónicamente por **WILSON GONZALO CARO BEDOYA** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 02569-90 Identificación CC 16690666

### Ordenes de Medicamentos

**23 enero 2022 01:55** - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)

\* buscapina COMPUESTA (20 mg + 2,5 gramos) / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL **Dosificación:** 2,5 GRAMO  
CUM: 036344-03 IUM:

**Observaciones:** ENDOVENOSA CADA 8.00 HORAS DURANTE 1 HASTA NUEVA ORDEN 1 AMP EV CADA 8 HORAS

\* HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL **Dosificación:** 0,4 MILIGRAMOS  
CUM: 20008612-01 IUM:

**Observaciones:** ENDOVENOSA CADA 8.00 HORAS DURANTE 1 HASTA NUEVA ORDEN

\* OMEprazol 40mg POLVO INYECTABLE VIAL **Dosificación:** 40 MILIGRAMOS  
CUM: 19989805-04 IUM:

**Observaciones:** ENDOVENOSA CADA 12.00 HORAS DURANTE 3 DÍAS 1 AMP EV CADA 12 HORAS

\* PLITICAN 50 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL **Dosificación:** 50 MILIGRAMOS  
CUM: 0020497-01 IUM:

**Observaciones:** ENDOVENOSA CADA 8.00 HORAS DURANTE 1 HASTA NUEVA ORDEN 1 AMP EV CADA 8 HORAS

\* NADROparina CALCICA 3.800 unidades / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JERINGA PRELLENA x 0,4 mL **Dosificación:** 3.800 UNIDAD

CUM: 217850-02 IUM:  
**Observaciones:** SUBCUTANEA CADA 24 HORAS DURANTE 1 HASTA NUEVA ORDEN COLOCAR 1 AMPOLLA SUBCUTANEA 6 AM CADA 24 HORAS

\* LOsartan 50 mg TABLETA RECUBIERTA **Dosificación:** 50 MILIGRAMOS  
CUM: 224830-02 IUM:

**Observaciones:** ORAL CADA 12 HORAS DURANTE 1 HASTA NUEVA ORDEN LOsartan 50 mg TABLETA RECUBIERTA

\* METoprolol 50 mg TABLETA **Dosificación:**

**Observaciones:** ORAL CADA 12 HORAS DURANTE 1 HASTA NUEVA ORDEN

\* GABAPENTIN 300 mg CAPSULAS **Dosificación:** 300 MILIGRAMOS  
CUM: 19942333-03 IUM:

**Observaciones:** ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 HASTA NUEVA ORDEN

\* LANTUS 300 unidades / 3 mL SOLUCION INYECTABLE PLUMA x 3 mL **Dosificación:** 25 UNIDADES INTERNACIONALES  
CUM: 19914312-20 IUM: 111032951002100

**Observaciones:** SUBCUTANEA CADA 24 HORAS DURANTE 1 HASTA NUEVA ORDEN

\* APIDRA SOLOSTAR 300 unidades / 3 mL SOLUCION INYECTABLE PLUMA x 3 mL **Dosificación:** 10 UNIDADES INTERNACIONALES

CUM: 19950479-19 IUM:

**Observaciones:** SUBCUTANEA CADA 8 HORAS DURANTE 1 HASTA NUEVA ORDEN CON DESAYUNO- ALMUERZO Y CENA

\* ROSUvastatina 20 mg TABLETA **Dosificación:** 40 MILIGRAMOS  
CUM: 19942774-10 IUM:

**Observaciones:** ORAL CADA 24 HORAS DURANTE 1 HASTA NUEVA ORDEN EN LAS NOCHES

Firmado electrónicamente por **CAMILA PEREZ TELLEZ** -- MEDICINA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1094962853 Identificación CC 1094962853

### Ordenes Generales

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

**23 enero 2022 02:04** - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)

Otras ordenes: glcuoemtrías en ayunas y pre prandiales, deambulaci3n asistida, inicio de dieta mañana

Firmado electr3nicamente por **CAMILA PEREZ TELLEZ** -- MEDICINA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1094962853    Identificaci3n CC 1094962853

**23 enero 2022 20:48** - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)

Dieta blanda

Firmado electr3nicamente por **WILSON GONZALO CARO BEDOYA** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 02569-90    Identificaci3n CC 16690666

**24 enero 2022 17:09** - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)

Otras ordenes: SALIDA

Firmado electr3nicamente por **WILSON GONZALO CARO BEDOYA** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 02569-90    Identificaci3n CC 16690666

Control de Medicamentos

**23 enero 2022 04:52** - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)

|                     |                                                                                                                                         |                              |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| * 23 Ene 2022 04:52 | NADROparina    CALCICA    3.800 unidades    /    0,4 mL    SOLUCION    INYECTABLE    JERINGA    PRELLENA    x    0,4 mL                 | 3800 UNIDAD Via SUBCUTANEA   |
| * 23 Ene 2022 04:52 | PLITICAN 50 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL                                                                                | 50 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA |
| * 23 Ene 2022 04:52 | OMEprazol 40mg POLVO INYECTABLE VIAL                                                                                                    | 50 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA |
| * 23 Ene 2022 04:53 | HIOSCINA    N-BUTIL    BROMURO    +    DIPIRONA    (20 mg    +    2,5 g)    /    5 mL    SOLUCION    INYECTABLE    AMPOLLA    x    5 mL | 2.5 GRAMO Via ENDOVENOSA     |
| * 23 Ene 2022 04:53 | EQUIPO    PARA    ADMINISTRACION    DE    LIQUIDOS    ENDOVENOSOS    INFUSOMAT    REF    8700110SP                                      | 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA      |
| * 23 Ene 2022 04:53 | CLORURO    DE    SODIO    0,9%    SOLUCION    INYECTABLE    BOLSA    x    100mL    REF:ARB1302                                          | 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA      |
| * 23 Ene 2022 04:54 | CLORURO    DE    SODIO    0,9%    SOLUCION    INYECTABLE    BOLSA    x    50 mL    REF:ARB1301                                          | 4 UNIDAD Via ENDOVENOSA      |
| * 23 Ene 2022 05:01 | LACTATO    DE    RINGER    SOLUCION    INYECTABLE    BOLSA    x    1.000 mL    REF:ARB2324                                              | 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA      |

Firmado electr3nicamente por **GINNA MARCELA ARTUNDUAGA ALVARADO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA  
Identificaci3n CC 1130619143

**23 enero 2022 10:05** - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)

|                     |                                                                                                 |                          |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| * 23 Ene 2022 08:00 | APIDRA    SOLOSTAR    300 unidades    /    3 mL    SOLUCION    INYECTABLE    PLUMA    x    3 mL | 10 UNIDAD Via SUBCUTANEA |
| * 23 Ene 2022 08:00 | LOsartan 50 mg TABLETA RECUBIERTA                                                               | 50 MILIGRAMOS Via ORAL   |
| * 23 Ene 2022 10:06 | METoprolol 50 mg TABLETA                                                                        | 50 MILIGRAMOS Via ORAL   |

Firmado electr3nicamente por **MARIA ELIZABETH CONDE ORDOÑEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA  
Identificaci3n CC 65632539

**23 enero 2022 15:06** - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)

|                     |                                                                                                                                         |                              |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| * 23 Ene 2022 12:00 | APIDRA    SOLOSTAR    300 unidades    /    3 mL    SOLUCION    INYECTABLE    PLUMA    x    3 mL                                         | 10 UNIDAD Via SUBCUTANEA     |
| * 23 Ene 2022 12:00 | GABAPENTIN 300 mg CAPSULAS                                                                                                              | 300 MILIGRAMOS Via ORAL      |
| * 23 Ene 2022 12:00 | PLITICAN 50 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL                                                                                | 50 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA |
| * 23 Ene 2022 12:00 | CLORURO    DE    SODIO    0,9%    SOLUCION    INYECTABLE    BOLSA    x    50 mL    REF:ARB1301                                          | 2 UNIDAD Via ENDOVENOSA      |
| * 23 Ene 2022 14:00 | HIOSCINA    N-BUTIL    BROMURO    +    DIPIRONA    (20 mg    +    2,5 g)    /    5 mL    SOLUCION    INYECTABLE    AMPOLLA    x    5 mL | 2.5 GRAMO Via ENDOVENOSA     |

Firmado electr3nicamente por **MARIA ELIZABETH CONDE ORDOÑEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA  
Identificaci3n CC 65632539

**23 enero 2022 18:05** - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)

# Historia Clínica de la Atención

## HOSPITALIZACION

Dirección: **CRA. 38BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC Ninguno**  
Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **1320**

Atención No. **14938151**

Página 9 de 13  
25-jul.-2024 15:06

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

|                                                                                                                           |                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| * 23 Ene 2022 18:05                                                                                                       | LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA                                             |
| * 23 Ene 2022 18:06                                                                                                       | OMEprazol 40mg POLVO INYECTABLE VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA                                                                      |
| * 23 Ene 2022 18:06                                                                                                       | CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 2 UNIDAD Via ENDOVENOSA                                            |
| Firmado electrónicamente por <b>MARIA ELIZABETH CONDE ORDOÑEZ</b> -- AUXILIAR DE ENFERMERIA<br>Identificación CC 65632539 |                                                                                                                                        |
| <b>23 enero 2022 20:07</b> - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)                                                                  |                                                                                                                                        |
| * 23 Ene 2022 20:07                                                                                                       | PLITICAN 50 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 50 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA                                                  |
| * 23 Ene 2022 20:07                                                                                                       | ROStvastatina 20 mg TABLETA 40 MILIGRAMOS Via ORAL                                                                                     |
| * 23 Ene 2022 20:08                                                                                                       | METoprolol 50 mg TABLETA 50 MILIGRAMOS Via ORAL                                                                                        |
| * 23 Ene 2022 20:08                                                                                                       | CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA                                            |
| * 23 Ene 2022 22:37                                                                                                       | HIOSCINA N-BUTIL BROMURO + DIPIRONA (20 mg + 2,5 g) / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL 2.5 GRAMO Via ENDOVENOSA                 |
| * 23 Ene 2022 22:38                                                                                                       | CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA                                            |
| * 23 Ene 2022 22:38                                                                                                       | CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA                                            |
| * 24 Ene 2022 04:32                                                                                                       | PLITICAN 50 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 50 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA                                                  |
| * 24 Ene 2022 04:34                                                                                                       | LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA                                             |
| * 24 Ene 2022 06:00                                                                                                       | HIOSCINA N-BUTIL BROMURO + DIPIRONA (20 mg + 2,5 g) / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL 2.5 GRAMO Via ENDOVENOSA                 |
| * 24 Ene 2022 06:00                                                                                                       | NADROparina CALCICA 3.800 unidades / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JERINGA PRELLENA x 0,4 mL 3800 UNIDADES INTERNACIONALES Via SUBCUTANEA |
| * 24 Ene 2022 06:00                                                                                                       | OMEprazol 40mg POLVO INYECTABLE VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA                                                                      |
| * 24 Ene 2022 06:00                                                                                                       | CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA                                            |
| * 24 Ene 2022 06:00                                                                                                       | CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 3 UNIDAD Via ENDOVENOSA                                            |
| Firmado electrónicamente por <b>LUZ DARI LOPEZ JIMENEZ</b> -- AUXILIAR DE ENFERMERIA<br>Identificación CC 43644019        |                                                                                                                                        |
| <b>24 enero 2022 10:43</b> - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)                                                                  |                                                                                                                                        |
| * 24 Ene 2022 10:00                                                                                                       | METoprolol 50 mg TABLETA 50 MILIGRAMOS Via ORAL                                                                                        |
| Firmado electrónicamente por <b>MARIA ELIZABETH CONDE ORDOÑEZ</b> -- AUXILIAR DE ENFERMERIA<br>Identificación CC 65632539 |                                                                                                                                        |
| <b>24 enero 2022 15:17</b> - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)                                                                  |                                                                                                                                        |
| * 24 Ene 2022 12:00                                                                                                       | GABAPENTIN 300 mg CAPSULAS 300 GRAMO Via ORAL                                                                                          |
| * 24 Ene 2022 12:00                                                                                                       | PLITICAN 50 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 50 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA                                                  |
| * 24 Ene 2022 12:00                                                                                                       | CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 2 UNIDAD Via ENDOVENOSA                                            |
| <b>Observaciones:</b> glucometria 145 mg/dl                                                                               |                                                                                                                                        |
| * 24 Ene 2022 13:00                                                                                                       | APIDRA SOLOSTAR 300 unidades / 3 mL SOLUCION INYECTABLE PLUMA x 3 mL 10 UNIDAD Via SUBCUTANEA                                          |
| * 24 Ene 2022 14:00                                                                                                       | HIOSCINA N-BUTIL BROMURO + DIPIRONA (20 mg + 2,5 g) / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL 2.5 GRAMO Via ENDOVENOSA                 |



# Historia Clínica de la Atención

## HOSPITALIZACION

Dirección: **CRA. 38BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC Ninguno**  
Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **1320**

Atención No. **14938151**

Página 10 de 13  
25-jul.-2024 15:06

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

|                                                                                                                           |                                               |                                   |                      |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|-----|
| * 24 Ene 2022 14:00                                                                                                       | CLORURO DE SODIO 0,9%                         | SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL | REF:ARB1302 1 UNIDAD | Via |
| Firmado electrónicamente por <b>MARIA ELIZABETH CONDE ORDOÑEZ</b> -- AUXILIAR DE ENFERMERIA<br>Identificación CC 65632539 |                                               |                                   |                      |     |
| <b>24 enero 2022 18:02</b> - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)                                                                  |                                               |                                   |                      |     |
| * 24 Ene 2022 17:00                                                                                                       | OMEprazol 40mg POLVO INYECTABLE VIAL 40 GRAMO | Via ENDOVENOSA                    |                      |     |
| * 24 Ene 2022 17:00                                                                                                       | CLORURO DE SODIO 0,9%                         | SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL | REF:ARB1301 2 UNIDAD | Via |
| Firmado electrónicamente por <b>MARIA ELIZABETH CONDE ORDOÑEZ</b> -- AUXILIAR DE ENFERMERIA<br>Identificación CC 65632539 |                                               |                                   |                      |     |

### Glucometria

|                                                                                                                           |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>23 enero 2022 05:14</b> - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)                                                                  |  |  |
| Fecha Fecha: 23/01/2022 05:14                                                                                             |  |  |
| Resultados Resultados: 175 mg/dL                                                                                          |  |  |
| Valores de Referencia:70-110                                                                                              |  |  |
| Firmado electrónicamente por <b>BEATRIZ ELENA MENDEZ ORTIZ</b> -- AUXILIAR DE ENFERMERIA<br>Identificación CC 31927415    |  |  |
| <b>23 enero 2022 12:55</b> - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)                                                                  |  |  |
| Fecha Fecha: 23/01/2022 12:55                                                                                             |  |  |
| Resultados Resultados: 104 mg/dL                                                                                          |  |  |
| Valores de Referencia:70-110                                                                                              |  |  |
| Firmado electrónicamente por <b>MARIA ELIZABETH CONDE ORDOÑEZ</b> -- AUXILIAR DE ENFERMERIA<br>Identificación CC 65632539 |  |  |
| <b>23 enero 2022 17:23</b> - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)                                                                  |  |  |
| Fecha Fecha: 23/01/2022 17:23                                                                                             |  |  |
| Resultados Resultados: 85 mg/dL                                                                                           |  |  |
| Valores de Referencia:70-110                                                                                              |  |  |
| Firmado electrónicamente por <b>MARIA ELIZABETH CONDE ORDOÑEZ</b> -- AUXILIAR DE ENFERMERIA<br>Identificación CC 65632539 |  |  |
| <b>23 enero 2022 20:03</b> - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)                                                                  |  |  |
| Fecha Fecha: 23/01/2022 20:03                                                                                             |  |  |
| Resultados Resultados: 119 mg/dL                                                                                          |  |  |
| Valores de Referencia:70-110                                                                                              |  |  |
| Firmado electrónicamente por <b>LUZ DARI LOPEZ JIMENEZ</b> -- AUXILIAR DE ENFERMERIA<br>Identificación CC 43644019        |  |  |
| <b>24 enero 2022 06:07</b> - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)                                                                  |  |  |
| Fecha Fecha: 24/01/2022 06:07                                                                                             |  |  |
| Resultados Resultados: 91 mg/dL                                                                                           |  |  |
| Valores de Referencia:70-110                                                                                              |  |  |
| Firmado electrónicamente por <b>LUZ DARI LOPEZ JIMENEZ</b> -- AUXILIAR DE ENFERMERIA<br>Identificación CC 43644019        |  |  |
| <b>24 enero 2022 12:56</b> - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)                                                                  |  |  |
| Fecha Fecha: 24/01/2022 12:56                                                                                             |  |  |
| Resultados Resultados: 145 mg/dL                                                                                          |  |  |
| Valores de Referencia:70-110                                                                                              |  |  |
| Firmado electrónicamente por <b>MARIA ELIZABETH CONDE ORDOÑEZ</b> -- AUXILIAR DE ENFERMERIA<br>Identificación CC 65632539 |  |  |

| Diagnósticos de Egreso                                                                                                                          | Localización | Tipo DX               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|
| -- (K802) CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS                                                                                        |              | Impresion Diagnóstica |
| Firmado electrónicamente por <b>LINA MARCELA GARCIA CANO</b> -- MEDICINA GENERAL<br>Tarjeta Profesional: 763173-12 Identificación CC 1113618930 |              |                       |

| Salida Urgencias                                 | Estado al salir | Destino al salir                  |
|--------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------|
| Estado vital al salir <b>Vivo</b>                | Estado al salir | Destino al salir <b>Domicilio</b> |
| Fecha y hora de salida <b>24 ene. 2022 17:06</b> | Remitido a      |                                   |
| Medio de transporte                              |                 |                                   |

### Fórmulas Médicas

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

|                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| SINALGEN                                                                         | 30 |
| 1 TABLETA CADA 12 HORAS                                                          |    |
| PANTOPRAZOL 40 mg TABLETA LIBERACIÓN RETARDADA () --                             | 1  |
| 1 TABLETA EN AYUNAS                                                              |    |
| PANTOPRAZOL 40 MG                                                                | 30 |
| 1 TABLETA CADA DIA EN AYUNS X 1 MES                                              |    |
| Firmado electrónicamente por <b>LINA MARCELA GARCIA CANO</b> -- MEDICINA GENERAL |    |
| Tarjeta Profesional: 763173-12 Identificación CC 1113618930                      |    |

### Incapacidad

Fecha de Incapacidad: **24 Ene 2022** Días de Incapacidad: **10** Prorroga: **No** Motivo: **Enfermedad General**

Diagnóstico: **K802 CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS**

Observación: **INCAPACIDAD POSTQUIRURGICA**

### Datos de Enfermería

#### Notas de Enfermería

**23 enero 2022 00:38** - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)

00:24

ingresa paciente al servicio de hospitalización proveniente de la sala de cx paciente neurológicamente con un Glasgow de 15/15 con buen patrón respiratorio con manilla de identificación ingresa en compañía de su familiar mas aux de recuperación paciente con abdomen globoso depresible a la palpación con heridas qx laparoscópicas las cuales están cubiertas con micropore levemente impregnadas de material sanguilento paciente con un acceso venoso periférico en antebrazo izquierdo del día 22/01/2022 con lev en Hartman a 120cchra con ordena de nada via oral elimina espontaneo no ha realizado deposición tiene su piel integra se le realiza toma de signos vitales los cuales se encuentran dentro de los parámetros normales.

se le realiza entrega de la habitación junto con su familiar queda estable en cama con sus cuatro barandas arriba.

Firmado electrónicamente por **MIRYAN JOHANNA MEDINA MONDRAGON** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1144142968

**23 enero 2022 06:19** - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)

05:00 am se realiza toma de signos vitales los cuales se encuentran dentro de los parámetros normales.

durante la noche paciente logra conciliar el sueño pasa en compañía de su familiar recibe tto medico ordenado elimina espontaneo no realiza deposición no presenta complicaciones durante el turno.

Firmado electrónicamente por **MIRYAN JOHANNA MEDINA MONDRAGON** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1144142968

**23 enero 2022 06:27** - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)

PACIENTE EN EL MOEMNTO NO RECIBE HDROMORFONA 0,4MG

Firmado electrónicamente por **GINNA MARCELA ARTUNDUAGA ALVARADO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1130619143

**23 enero 2022 12:00** - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)

paciente no recibe dosis de HIDROMORFONA refiere no tener dolor se informa a jefe de piso

Firmado electrónicamente por **MARIA ELIZABETH CONDE ORDOÑEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 65632539

**23 enero 2022 12:20** - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)

07:00hrs Recibo paciente en cama con barnadas elevadas, en compañía de su familiar , se observa consicnete orientada en sus tres esferas, con respuesta verbal adecuada. con abdomen globoso depresible a la palpación con heridas qx laparoscópicas las cuales están cubiertas con micropore levemente impregnadas de material sanguilento , con un acceso venoso periférico en antebrazo izquierdo del día 22/01/2022 con lev en Hartman a 120cchra se inicia via oral, dieta liquida paciente refiere entender, la cual tolera, se informa a jefe de turno. elimina espontaneo no ha realizado deposición tiene su piel integra.

08:00-11:00 hrs en la mañana se prestan medidas de higiene y confort. se le realiza toma de signos vitales los cuales se encuentran dentro de los parámetros normales. se cambian sus tendidos de cama, se asiste en su ducha. se educa sobre prevención de riesgo de caídas , refiere entender, presenta mareo a su movilización se informa que debe ser asistida siempre ya que su procedimiento es reciente, paciente se sienta en silla refiere mejoría. se informa a jefe de turno. paciente recibe su tratamiento medico ordenado.

12:00 paciente que durante la mañana pasa tranquila en su habitación en cama con barandas elevadas en compañía de su familiar. no presenta dolor en el momento. tolera poco su via oral , elimina eposnatnoe no hace deposicon. 12:28 hrs queda estable en cama con sus cuatro barandas arriba.

Firmado electrónicamente por **AIXA LUCIA GONZALEZ NARVAEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1130655958

**23 enero 2022 18:50** - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)



Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

13:00 recibo paciente en la unidad concent orientada en tiempo lugar y persona con acompañante acostada en cama con barandas arriba y cama frenada , al examn fisico se observa respirando por sus propios medios sin dificultad , con manillas de identificacion incluyenbdo riesgo de caidas niega alergias , con venopuncion permeable canalizada el dia 22 de enero 2022 en antebrazo izquierdo en escala de madox 0 por la cual s ele encuentra pasando plan de liquidos lactato ringer a 120cc hora por bomba de infusion , con abdomen blando depresible a la palpacion no doloroso con heridas pop por laparoscopia cubiertas con micropore limpias y secas , paciente la cual se moviliza sin dificultad en la marcha asistida , elimina espontaneo en el baño.

13:30 paciente la cual manifiesta haber realizado un movimiento con sus brazos , se observa venopuncion filtrando , se le retira venopuncion , y se le canaliza nuevo acceso venoso en antebrazo izquierdo con cateter corto 22 en una sola puncion , swe deja paño de sulfato de magnesio preventivo en sitio de retiro de venopuncion.

14:00 paciente a la cual se le realiza control de isgnos vitales , valoracion del eva 0/10 , se dan recomendaciones porevencio0n de caidas y el uso de timbre llamado de enfermeria en caso de ser necesario.

19:00 entrego paciente en la unidad concent orientada en tiempo lugar y persona con acompañante acostada en cama con barandas arriba y cama frenada , al examn fisico se observa respirando por sus propios medios sin dificultad , con manillas de identificacion incluyenbdo riesgo de caidas niega alergias , con venopuncion permeable canalizada el dia 23 de enero 2022 en antebrazo izquierdo en escala de madox 0 por la cual s ele encuentra pasando plan de liquidos lactato ringer a 120cc hora por bomba de infusion , con abdomen blando depresible a la palpacion no doloroso con heridas pop por laparoscopia cubiertas con micropore limpias y secas , paciente la cual se moviliza sin dificultad en la marcha asistida , elimino espontaneo en el baño , queda tranquila y estable en la unidad .

Firmado electrónicamente por **PAOLA ANDREA CORTES BONILLA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1130677678

**23 enero 2022 21:52** - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)

19:00R Ingreso a la habitación con los EPP, recibo paciente en la cama consciente, orientada en tiempo lugar y persona con acompañante cama con barandas arriba y cama, al examn fisico se observa oxigeno al medio ambiente, sin dificultad , con manillas de identificación+ riesgo de caídas alergias a tramadol , con venopuncion permeable canalizada el dia 23 de enero 2022 en antebrazo izquierdo en escala de madox 0 por la cual s ele encuentra pasando plan de liquidos lactato ringer a 120cc hora por bomba de infusion , con abdomen blando depresible a la palpacion no doloroso con heridas pop por laparoscopia, cubiertas con micropore limpias y secas , paciente la cual se moviliza sin dificultad , elimina espontaneo en el baño.

21:00 paciente a la cual se le realiza control de signos vitales , valoracion del eva 0/10 , se dan recomendaciones porevencio0n de caidas y el uso de timbre llamado de enfermeria en caso de ser necesario.

Hasta el momento ha tolerado la dieta líquida clara, fue valorada por medico a cargo, quien avanza la dieta.

Firmado electrónicamente por **ELVIA LIGIA CARABALI CHARA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 25389275

**24 enero 2022 06:03** - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)

Paciente que durante la noche se observa estable, en glasgow de 15/15, sin soporte de oxigeno. pasa en compañía de familiar, duerme a intervalos largos, se toman y registran signos vitales de control, se le administra tto farmacológico ordenado, se moviliza al baño, elimina espontaneo, no refiere deposición. se deja timbre de llamado a la mano, se vigilan cambios.

Firmado electrónicamente por **ELVIA LIGIA CARABALI CHARA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 25389275

**24 enero 2022 08:00** - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)

no se suministra dosis de losartan por orden medica paciente con t.a de 109/54

Firmado electrónicamente por **MARIA ELIZABETH CONDE ORDOÑEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 65632539

**24 enero 2022 11:34** - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)

7:00 recibo paciente en cama con barandas de seguridad elevadas en compañía de familiar, se observa despierta consiente orientada en sus tres esferas mentales en tiempo, lugar y persona, apertura ocular espontanea, sin soporte de oxigeno, sin dificultad respiratoria, con acceso venoso en antebrazo izquierdo cubierto con tegaderm limpio y seco sin signos de flebitis, pasando LR a 120cc mas paso de meicamentos con horario, se observa hx en abdomen por laparoscopia cubierto con micropre, se observa hx rn ombligo levemente impreganada de material sanguinolento, eliminando espontaneo en baño se movliza sin complicaciones.

Durante la mañana se realiza toma y registro de signos de vitales los cuales se encuenran dentro de parametros normales, afebril no refiere dolor, se brindan medidas de bienestar y de confort, se realiza baño en ducha asistido por personal de enfermeria, no presenta cambios hasta el momento, recibe y tolera la vía oral mas tratamiento farmacologico ordenado.

Firmado electrónicamente por **NURY ALEXANDRA PARDO URRESTI** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1004710110

**24 enero 2022 12:00** - (PISO 6 (TORRE NORTE) HOSP)

# Historia Clínica de la Atención

## HOSPITALIZACION

Dirección: **CRA. 38BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC Ninguno**

Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **1320**

Atención No. **14938151**

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

Página 13 de 13  
25-jul.-2024 15:06

paciente no recibe dosis de HIDROMORFONA refiere no tener dolor se informa a jefe de piso

Firmado electrónicamente por **MARIA ELIZABETH CONDE ORDOÑEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 65632539

Firmado Electrónicamente por **CARO BEDOYA WILSON GONZALO**

Identificación **CC 16690666**

Especialidad **CIRUGIA GENERAL**

Tarjeta Profesional **02569-90**

Paciente: MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE (No Interno: 398.305)

Identificación del Paciente

|                     |                                                            |                        |                          |
|---------------------|------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|
| Paciente            | MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE                                | Doc. de identificación | CC 31282885              |
| Fecha de Nacimiento | 28-enero-1957                                              | Edad                   | 64 Años 11 Meses 24 Días |
| Estado Civil        |                                                            | Sexo                   | Femenino                 |
| Ocupación           |                                                            | Grupo Sanguineo        |                          |
| Teléfono            | 3167405868                                                 | Celular                | 3163415411               |
| Dirección           | CARRERA 46 A NO 12 35 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA |                        |                          |
| Responsable         | BLANCA EMILSE MOLINA GAITAN                                |                        |                          |

Llegada del Paciente

|                                                 |                    |
|-------------------------------------------------|--------------------|
| Ingreso al Servicio                             |                    |
| Fecha y hora de Ingreso                         | 22-ene.-2022 13:30 |
| El paciente se moviliza por sus propios medios? |                    |
| Estado de Llegada                               |                    |
| Llegó remitido de                               |                    |
| Fecha y hora de Atención                        | 22-ene.-2022 6:55  |
| Medio de transporte                             |                    |
| Procedencia                                     |                    |

Atención Clínica

|                         |                                                                                                                |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Antecedentes Personales |                                                                                                                |
| Alérgicos               | Alergias :                                                                                                     |
| Patológicos             | - HTA                                                                                                          |
|                         | DM2 IR                                                                                                         |
|                         | DISLIPIDEMIA                                                                                                   |
|                         | SOBREPESO                                                                                                      |
|                         | SINDROME METABOLICO                                                                                            |
|                         | NEUROPATIA DIABETICA                                                                                           |
|                         | RETINOPATIA DIABETICA                                                                                          |
|                         | TOXPLASMOSIS FEB 2019(Reg: 15 Jun 2019 12:45:)                                                                 |
| Quirúrgicos             | - CX MANGUITO ROTADOR DERECHO, CX TUNEL CARPEANO BILATERAL, CESAREA #2, HISTERECTOMIA(Reg: 15 Jun 2019 12:45:) |
| Farmacológicos          | - TTO AMBULATORIO ACTUAL.                                                                                      |
|                         | METOPROLOL 50 MG X1                                                                                            |
|                         | LOSARTAN 50 MG X2                                                                                              |
|                         | GABAPENTIN 400 MG X1                                                                                           |
|                         | ROSUVASTATINA 40 MG X1                                                                                         |
|                         | INSULINA LANTUS 0-0-52                                                                                         |
|                         | HUMALOG 18-20-18(Reg: 15 Jun 2019 12:45:)                                                                      |
| Tóxicos                 | - TABAQUISMO PASIVO(Reg: 15 Jun 2019 12:45:)                                                                   |
| Otros                   | - diabetes(Reg: 30 Jun 2011 12:30:)                                                                            |
| Otros                   | - Diabetica insulino dependiente de 17 años de evolucion ( 5 con insulina)                                     |
|                         | HTA controlada con losartan y betoprolol.                                                                      |
|                         | Histerectomia                                                                                                  |
|                         | reparo del manguito rotoador derecho                                                                           |
|                         | dos tuneles carpinanos.(Reg: 02 Ene 2014 08:49:)                                                               |

Signos vitales

| Fecha              | P. A.  | PAM | P. Pulm. | PPM | PVC | Temp °C | F.Card. | F. Resp | Sat O2 | FIO2 |
|--------------------|--------|-----|----------|-----|-----|---------|---------|---------|--------|------|
| 22/ene./2022 15:15 | 89/40  | 56  | /        |     |     | 36.5    | 68      | 12      | 100    | 68   |
| 22/ene./2022 17:00 | 174/86 | 123 | /        |     |     | 20.4    | 78      | 15      | 98     | 40   |
| 22/ene./2022 17:05 | 167/80 | 115 | /        |     |     | 20.3    | 72      | 15      | 98     | 40   |
| 22/ene./2022 17:10 | 174/84 | 120 | /        |     |     | 20.3    | 72      | 13      | 98     | 40   |
| 22/ene./2022 17:15 | 175/82 | 118 | /        |     |     | 20.2    | 69      | 18      | 98     | 21   |
| 22/ene./2022 17:30 | 167/79 | 113 | /        |     |     | 20.2    | 68      | 16      | 98     | 21   |
| 22/ene./2022 17:45 | 170/79 | 113 | /        |     |     | 20.6    | 67      | 13      | 99     | 21   |
| 22/ene./2022 18:00 | 160/74 | 106 | /        |     |     | 20.7    | 69      | 18      | 100    | 21   |
| 22/ene./2022 18:15 | 154/70 | 101 | /        |     |     | 20.5    | 67      | 17      | 100    | 21   |
| 22/ene./2022 18:30 | 131/61 | 88  | /        |     |     | 20.5    | 70      | 17      | 99     | 21   |
| 22/ene./2022 18:39 | 139/66 | 95  | /        |     |     | 20.7    | 71      | 16      | 99     |      |
| 22/ene./2022 18:54 | 142/70 | 99  | /        |     |     | 20.8    | 70      | 17      | 100    |      |

Paciente: MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE (No Interno: 398.305)

|                    |        |     |   |  |  |      |    |    |    |    |
|--------------------|--------|-----|---|--|--|------|----|----|----|----|
| 22/ene./2022 19:09 | 133/70 | 94  | / |  |  | 35.9 | 70 | 16 | 99 | 21 |
| 22/ene./2022 19:13 | 134/64 | 91  | / |  |  | 35.9 | 79 | 19 | 99 | 21 |
| 22/ene./2022 19:28 | 176/84 | 121 | / |  |  | 35.9 | 69 | 17 | 95 | 21 |
| 22/ene./2022 19:43 | 136/63 | 91  | / |  |  | 35.9 | 71 | 15 | 95 | 21 |
| 22/ene./2022 20:00 | 129/62 | 89  | / |  |  | 35.9 | 71 | 17 | 95 | 21 |
| 22/ene./2022 20:30 | 123/63 | 87  | / |  |  | 36   | 69 | 15 | 95 | 21 |
| 22/ene./2022 21:00 | 123/61 | 86  | / |  |  | 36   | 70 | 15 | 96 | 21 |
| 22/ene./2022 21:30 | 117/59 | 81  | / |  |  | 36   | 83 | 21 | 93 | 21 |
| 22/ene./2022 22:00 | 111/55 | 79  | / |  |  | 36.1 | 73 | 19 | 94 | 21 |
| 22/ene./2022 22:30 | 128/62 | 89  | / |  |  | 36.1 | 74 | 17 | 94 | 21 |
| 22/ene./2022 23:00 | 120/63 | 85  | / |  |  | 36.1 | 85 | 19 | 95 | 21 |
| 22/ene./2022 23:45 | 113/55 | 77  | / |  |  | 36.1 | 76 | 14 | 94 | 21 |

Diagnósticos de Ingreso

-- (K802) CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS

Firmado electrónicamente por WILSON GONZALO CARO BEDOYA -- CIRUGIA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 02569-90 Identificación CC 16690666

Localización

Tipo DX

Impresion Diagnóstica

-- (C258) LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL PANCREAS

Firmado electrónicamente por WILSON GONZALO CARO BEDOYA -- CIRUGIA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 02569-90 Identificación CC 16690666

Impresion Diagnóstica

Notas de Evolución

22 enero 2022 16:54 - (CIRUGIA)

Día de Hospitalización No.1

Diagnósticos:

(C258) LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL PANCREAS  
(K802) CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS

Tipo Estancia: Hospitalización

Criterio: Paciente con patología que requiera seguimiento clínico por tiempo superior a 6 horas

Firmado electrónicamente por WILSON GONZALO CARO BEDOYA -- CIRUGIA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 02569-90 Identificación CC 16690666

22 enero 2022 17:02 - (CIRUGIA)

Día de Hospitalización No.1

Diagnósticos:

(C258) LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL PANCREAS  
(K802) CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS

Tipo Estancia: Hospitalización

Criterio: Hospitalización

Firmado electrónicamente por WILSON GONZALO CARO BEDOYA -- CIRUGIA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 02569-90 Identificación CC 16690666

22 enero 2022 17:42 - (CIRUGIA)

Día de Hospitalización No.1

Diagnósticos:

(C258) LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL PANCREAS  
(K802) CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS

Presión Arterial: 167/79

Pulso: 68/min

Frec. Resp.: 16/min

Temperatura: 20.2°C

Sat. Oxígeno: 98

\*\*\* Medicina general \*\*\*

Recuperacion postoperatoria

Paciente POP de Colecistectomía + toma de biopsia hepática y de páncreas por via laparoscopica

Ingresa a UCPA

Anestesia general

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

Antecedentes: DM insulinorequiriente, HTA, dislipidemia.

S: paciente bajo efectos residuales de la sedación, atiende al llamado, dolor modulado, eva 0/10, no nauseas.

O: Aceptables condiciones generales, alerta, orientada en 3 esferas, buen patrón respiratorio con mascara facial a 4 lxm, sin dificultad respiratoria.

Pupilas isocóricas

tórax normoexpansible, murmullo vesicular presente.

ruidos cardíacos rítmicos y regulares.

Abdomen blando, depresible, heridas quirúrgicas cubiertas no estigmas de sangrado activo.

Extremidades sin edema, con llenado capilar menor a 2 segundos.

glasgow 15/15 aldrette 9/10 bromague 0 ramsay 2

glucometria: 145mg/dl tomada en sala de cirugía

Paciente con diagnósticos anotados, ingresa a UCPA estable hemodinamicamente sin signos de bajo gasto, con dolor modulado, pendiente recuperacion anestésica, paciente debe continuar manejo en sala de hospitalización por orden de especialista tratante, ya cuenta con ordenes medicas en sistema, pendiente asignación de habitación. continua vigilancia.

Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Presión Arterial: 167/79

Pulso: 68/min

Frec. Resp.: 16/min

Temperatura: 20.2°C

Sat. Oxígeno: 98

Presión Arterial: 167/79

Pulso: 68/min

Frec. Resp.: 16/min

Temperatura: 20.2°C

Sat. Oxígeno: 98

Firmado electrónicamente por **CRISTHIAN CAMILO BUSTAMANTE VASQUEZ** -- MEDICINA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1144195286 Identificación CC 1144195286

### Ordenes de Exámenes

**22 enero 2022 16:56** - (CIRUGIA)

\* (Hora: 16:56) 898221 ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO

Ubicación **No Aplica**

Observaciones VESICULA

\* (Hora: 16:56) 8981011 ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA (ADICIONAL)

Ubicación **No Aplica**

Observaciones 1- BX HEPATICA

2- BX DE LESION PANCREATICA

Firmado electrónicamente por **WILSON GONZALO CARO BEDOYA** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 02569-90 Identificación CC 16690666

### Ordenes de Medicamentos

**22 enero 2022 16:59** - (CIRUGIA)

\* buscapina COMPUESTA (20 mg + 2,5 gramos) / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL

**Dosificación:** 1

APLICACION

CUM: 036344-03 IUM:

**Observaciones:** ENDOVENOSA CADA 8 HORAS DURANTE 1 DÍAS 1 AMP EV CADA 8 HORAS

\* HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL **Dosificación:** 1 APLICACION

CUM: 20008612-01 IUM:

**Observaciones:** ENDOVENOSA CADA 8 HORAS DURANTE 1 DÍAS 1 AMPOLLA DILUIDA A 10 CC COLOCAR 4 CC EV CADA 8 HORAS

\* OMEprazol 40mg POLVO INYECTABLE VIAL **Dosificación:** 1 APLICACION

CUM: 19989805-04 IUM:

**Observaciones:** ENDOVENOSA CADA 12 HORAS DURANTE 1 DÍAS 1 AMP EV CADA 12 HORAS

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

\* PLITICAN 50 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL **Dosificación:** 1 APLICACION

CUM: 0020497-01 IUM:

**Observaciones:** ENDOVENOSA CADA 8 HORAS DURANTE 1 DÍAS 1 AMP EV CADA 8 HORAS

\* NADROparina CALCICA 3.800 unidades / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JERINGA PRELLENA x 0,4 mL **Dosificación:** 1 APLICACION

CUM: 217850-02 IUM:

**Observaciones:** SUBCUTANEA CADA 1 DÍAS DURANTE 1 DÍAS COLOCAR 1 AMPOLLA SUBCUTANEA 6 AM CADA 24 HORAS

Firmado electrónicamente por **WILSON GONZALO CARO BEDOYA** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 02569-90 Identificación CC 16690666

### Ordenes Generales

**22 enero 2022 17:03** - (CIRUGIA)

Avisar cambios a Dr(a) al tel: DR WILSON CARO

Control de signos vitales

Control liq. admin/liq. elimin.

Curva térmica

Dieta líquida INICIAR MALANA EN LA MAÑANA

Plan de líquidos E.V.(Vol/Concent/FM) HARTMAN 120 CC HORA

Traslado a: HOSPITALIZACION

Otras ordenes: AVISAR CAMBIOS

Firmado electrónicamente por **WILSON GONZALO CARO BEDOYA** -- CIRUGIA GENERAL

Tarjeta Profesional: 02569-90 Identificación CC 16690666

**22 enero 2022 17:42** - (CIRUGIA)

Otras ordenes: Traslado a piso

Firmado electrónicamente por **CRISTHIAN CAMILO BUSTAMANTE VASQUEZ** -- MEDICINA GENERAL

Tarjeta Profesional: 1144195286 Identificación CC 1144195286

### Nota Quirúrgica

**22 enero 2022 16:40** - (CIRUGIA)

**512104 - 42 COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA-----**

**Fecha:** 22 ene. 2022 16:40

**Lateralidad:** No Aplica

**Medico:** WILSON GONZALO CARO BEDOYA

**Dx Principal:** K802 CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS

**Dx Relacionado:** -o-

**Dx de Complicación:** -o-

**590111 EXPLORACION RETROPERITONEAL (LUMBOTOMIA EXPLORADORA) POR LAPAROSCOPIA**

**Fecha:** 22 ene. 2022 16:40

**Lateralidad:** No Aplica

**Medico:** WILSON GONZALO CARO BEDOYA

**Dx Principal:** C258 LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL PANCREAS

**Dx Relacionado:** -o-

**Dx de Complicación:** -o-

**501003 BIOPSIA POR LAPAROSCOPIA DE HIGADO**

**Fecha:** 22 ene. 2022 16:40

**Lateralidad:** No Aplica

**Medico:** WILSON GONZALO CARO BEDOYA

**Dx Principal:** C258 LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL PANCREAS

**Dx Relacionado:** -o-

**Dx de Complicación:** -o-

### Descripción de acto quirúrgico / hallazgos

ASA **3** Tipo de Cirugía **Electiva** Tipo de Herida **Limpia - Contaminada** Tiempo de Cirugía **0min** Profilaxis **UNASYN**

HALLAZGOS 1- LESION ASPECTO TUMORAL INFILTRATIVO DE APROX 10 CMS QUE COMPROMETE TODO EL CUERPO DE PANCREAS CON COMPONENTE MIXTO SOLIDO QUISTICO Y EVIDENCIA DE COMROMISO VASCULAR QUE INVOLUCRA TERRITORIO DEL TROCOCELIACO Y COMPROMISO DE LA GASTRICA IZQUIERDA Y LA ARTERIA ESPLENICA

2- SOBRE EL LOBULO IZQUIERDO SE APRECIAN DOLE LESIONES NODULARES DE 5 MMS SOSPECHOSAS

3- VESICULA CON CALCULOS Y ADEHRENCIAS INFLAMATORIAS

4 - NO ASCITIS NO EVIDENCIA DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL

ASEPSIA ANTISEPSIA

# Historia Clínica de la Atención

## CIRUGIA

Dirección: **Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC Piso 3**  
Teléfono Directo: **6023851000** -- Conmutador: **23001-23003**

Atención No. **14938151**

Página 5 de 8  
25-jul.-2024 15:06

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

SE INICIA PROCEDIMIENTO CON PROTOCOLO DE CIRUGIA SEGURA  
COLOCACIONDE TROCARS POR TECNICA ABIERTA  
DISECCION POR PLANOS E IDENTIFICACIONDE HALÑÑAZGOS  
SE INICIA EXPLORACION RETROPERITONEAL SE ABRE CON LIGASURE LA TRANSCAVIDAD D E EPIPLONES Y SE  
LIBERAN ADHERENCIA PANCREATICAS EVIDENCIANDO LESION EXTENSA DE ASPECTO INFILTRATIVO DESCRITA DE  
CARACTERISTICAS SOLIDOQUISTICAS , AL EVIDENCIAR COMPROMISO VASCULAR Y SOSPECHA DE METASTASIS  
HEPATICA SE DECIDE TOMAR BIOPSIA POR TRUCTUT DE LESION SE TOMAN 3 CILINDROS DE LESION DRENANDO  
ESCOSO LIQUIDO CLARO DE CAVISDA QUISTICA SE VERIFICA HEMOSTASIA Y SE REALIZA COAGULACION CON  
CORRIENTE MONOPOLAR HASTA HEMOSTASIA SATISFACTORIA  
SE TOMAN BIOPS EN SACA BOCADO DE LESION HEPATICA DEL LGULO IZQUIERDO  
SE REALIZA COLECISTECTOMIA CISTOFUNDICA SE REALIZA VISION CRITICA DE ESTRUCTURAS Y SE COLOCAN  
CLIPS SELECTIVOS EN ARTERIA Y CONDUCTO DISECCIONDEL LECHO Y HEMOSTASIA SELECTIOVA SE TETIRA  
PIEZA QUIRURGICA  
REVISION DE HEMOSTASIA GLOBAL  
RECUESTO REPORTADO COMPLETO  
SE TEMINA EL PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES INMEDIATAS  
Cantidad de sangrado aproximado (cc): 10  
Muestras enviadas a patología:  
1- BIOPSIAS HEPATICA  
2- BIOPSIA DE LESION APONCREATICA  
3- VESICULA BILIAR  
Complicaciones:  
NO APLICA

### Colaboradores

Ayudante 1: FRANCO HERRERA ASTOLFO LEON  
Cirujano 1 (Ppal): CARO BEDOYA WILSON GONZALO  
Anestesiologo 1: OSORIO OSORIO ANA MARIA  
Firmado electrónicamente por **WILSON GONZALO CARO BEDOYA** -- CIRUGIA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 02569-90 Identificación CC 16690666

### Control de Medicamentos

**22 enero 2022 16:56 - (CIRUGIA)**  
\* 22 Ene 2022 16:56 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA  
Firmado electrónicamente por **CATALINA RODRIGUEZ VARGAS** -- CIRCULANTE  
Identificación CC 1130613740  
**22 enero 2022 16:57 - (CIRUGIA)**  
**Observaciones:** Ver registro de anestesia  
\* 22 Ene 2022 16:57 ATRopina SULFATO 1 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA  
\* 22 Ene 2022 16:57 PROPOFOL 1% (10 mg/ mL) EMULSIÓN INYECTABLE VIAL x 20 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA  
\* 22 Ene 2022 16:57 AGUA ESTERIL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA  
**Observaciones:** Ver registro de anestesia  
\* 22 Ene 2022 16:57 ROcuronio BROMURO 50 mg / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA  
Firmado electrónicamente por **CATALINA RODRIGUEZ VARGAS** -- CIRCULANTE  
Identificación CC 1130613740  
**22 enero 2022 16:58 - (CIRUGIA)**  
\* 22 Ene 2022 16:58 OMEprazol 40mg POLVO INYECTABLE VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA  
\* 22 Ene 2022 16:58 DEXAMETASONA FOSFATO 4 mg/ 1mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLAS x 1mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA  
**Observaciones:** Ver registro de anestesia  
\* 22 Ene 2022 16:58 DIclofenaco SODICO 75 mg / 3 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 3 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA  
\* 22 Ene 2022 15:20 Ampicilina sodica 1 g + Sulbactam 0,5 g POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA



# Historia Clínica de la Atención

## CIRUGIA

Dirección: **Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC Piso 3**  
Teléfono Directo: **6023851000** -- Conmutador: **23001-23003**

Atención No. **14938151**

Página 6 de 8  
25-jul.-2024 15:06

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

Firmado electrónicamente por **CATALINA RODRIGUEZ VARGAS** -- CIRCULANTE  
Identificación CC 1130613740

**22 enero 2022 16:59** - (CIRUGIA)

- \* 22 Ene 2022 15:20 Ampicilina sodica 1 g + Sulbactam 0,5 g POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA
- \* 22 Ene 2022 16:59 DEXAMETASONA FOSFATO 4 mg/ 1mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLAS x 1mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA
- \* 22 Ene 2022 16:59 HIOSCINA N-BUTIL BROMURO + DIPIRONA (20 mg + 2,5 g) / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **CATALINA RODRIGUEZ VARGAS** -- CIRCULANTE  
Identificación CC 1130613740

**22 enero 2022 17:00** - (CIRUGIA)

- \* 22 Ene 2022 17:00 ONDANsetron 8mg/4mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 4 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **CATALINA RODRIGUEZ VARGAS** -- CIRCULANTE  
Identificación CC 1130613740

**22 enero 2022 17:02** - (CIRUGIA)

- \* 22 Ene 2022 17:02 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500 mL REF:ARB2323 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA
- \* 22 Ene 2022 17:02 AGUA ESTERIL SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500mL REF: ARB 0303 1 AMPOLLA Via IRRIGACIÓN

Firmado electrónicamente por **CATALINA RODRIGUEZ VARGAS** -- CIRCULANTE  
Identificación CC 1130613740

**22 enero 2022 17:04** - (CIRUGIA)

- \* 22 Ene 2022 17:04 PROPOFOL 1% (10 mg/ mL) EMULSIÓN INYECTABLE VIAL x 20 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **CATALINA RODRIGUEZ VARGAS** -- CIRCULANTE  
Identificación CC 1130613740

**22 enero 2022 17:05** - (CIRUGIA)

- \* 22 Ene 2022 17:05 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

**Observaciones:** Ver registro de anestesia

- \* 22 Ene 2022 17:05 ATropina SULFATO 1 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA
- \* 22 Ene 2022 17:05 NEOSTIGMINA 0,5 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA
- \* 22 Ene 2022 17:05 NEOSTIGMINA 0,5 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA
- \* 22 Ene 2022 17:05 NEOSTIGMINA 0,5 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **CATALINA RODRIGUEZ VARGAS** -- CIRCULANTE  
Identificación CC 1130613740

**22 enero 2022 17:06** - (CIRUGIA)

- \* 22 Ene 2022 17:06 NEOSTIGMINA 0,5 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **CATALINA RODRIGUEZ VARGAS** -- CIRCULANTE  
Identificación CC 1130613740

### Glucometría

**22 enero 2022 16:00** - (CIRUGIA)

Fecha Fecha: 22/01/2022 16:00  
Resultados Resultados: 145MG/DL

Firmado electrónicamente por **CATALINA RODRIGUEZ VARGAS** -- CIRCULANTE  
Identificación CC 1130613740

### Diagnósticos de Egreso

-- (K802) CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS

Localización

Tipo DX

Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **WILSON GONZALO CARO BEDOYA** -- CIRUGIA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 02569-90 Identificación CC 16690666

### Notas Aclaratorias

**22 enero 2022 19:21** - (CIRUGIA)



Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

Página 7 de 8  
25-jul.-2024 15:06

19:00 : LE RECIBO PACIENTE A LA RECUPERADORA INGRID JARAMILLO , EN EL CUBICULO # 13 SIN CAMBIO NOTORIO , DOY INICIO A LA CONTINUIDAD DE ESTE.

Firmado electrónicamente por **LUZ AMPARO SANMARTIN CONDE** -- RECUPERADOR(A)  
Identificación CC 29540264

### Datos de Enfermería

#### Nota Egreso Enfermería

**22 enero 2022 06:55** - (CIRUGIA)

1. ¿Ha tenido fiebre de difícil control, mayor a 37, 5º y por más de tres días?  
Si ☐ No ☒
2. ¿Ha tenido nuevos episodios de tos en los últimos 14 días?  
Si ☐ No ☒
3. ¿Ha perdido el gusto en los últimos 14 días?  
Si ☐ No ☒
4. ¿Ha perdido el olfato en los últimos 14 días?  
Si ☐ No ☒
5. ¿Tiene dificultad para respirar en los últimos 14 días?  
Si ☐ No ☒
6. ¿Presenta secreciones nasales (mocos) en los últimos 14 días?  
Si ☐ No ☒
7. ¿Ha tenido contacto con un paciente positivo o sospechoso de COVID- 19, en los últimos 14 días?  
Si ☐ No ☒
8. ¿Ha tenido contacto con personas que tengan síntomas antes mencionados en los últimos 14 días?  
Si ☐ No ☒

Firmado electrónicamente por **MARILEIVI GARCIA RAMIREZ** -- RECUPERADOR(A)  
Identificación CC 1116276525

**22 enero 2022 15:04** - (CIRUGIA)

1. ¿Ha tenido fiebre de difícil control, mayor a 37, 5º y por más de tres días?  
Si ☐ No ☒
2. ¿Ha tenido nuevos episodios de tos en los últimos 14 días?  
Si ☐ No ☒
3. ¿Ha perdido el gusto en los últimos 14 días?  
Si ☐ No ☒
4. ¿Ha perdido el olfato en los últimos 14 días?  
Si ☐ No ☒
5. ¿Tiene dificultad para respirar en los últimos 14 días?  
Si ☐ No ☒
6. ¿Presenta secreciones nasales (mocos) en los últimos 14 días?  
Si ☐ No ☒
7. ¿Ha tenido contacto con un paciente positivo o sospechoso de COVID- 19, en los últimos 14 días?  
Si ☐ No ☒
8. ¿Ha tenido contacto con personas que tengan síntomas antes mencionados en los últimos 14 días?  
Si ☐ No ☒

Firmado electrónicamente por **EDNY JULIETH GARCIA SALCEDO** -- RECUPERADOR(A)  
Identificación CC 1130589537

### Dispositivos Invasivos



# Historia Clínica de la Atención

## CIRUGIA

Dirección: **Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC Piso 3**  
Teléfono Directo: **6023851000** -- Conmutador: **23001-23003**

Atención No. **14938151**

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

*Página 8 de 8*  
*25-jul.-2024 15:06*

Firmado Electrónicamente por **CARO BEDOYA WILSON GONZALO**

Identificación **CC 16690666**  
Especialidad **CIRUGIA GENERAL**  
Tarjeta Profesional **02569-90**

Paciente: MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE (No Interno: 398.305)

Página 1 de 6  
25-jul.-2024 15:06

Identificación del Paciente

Paciente **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** Doc. de identificación **CC 31282885**  
Fecha de Nacimiento **28-enero-1957** Edad **62 Años 4 Meses 18 Días** Sexo **Femenino** Grupo Sanguíneo  
Estado Civil Ocupación  
Teléfono **3167405868** Celular **3163415411**  
Dirección **CARRERA 46 A NO 12 35 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA**  
Responsable **JAVIER ARCISIO MIRA BUILES**

Llegada del Paciente

**Ingreso al Servicio**  
Fecha y hora de Ingreso **15-jun.-2019 12:00** Fecha y hora de Atención **15-jun.-2019 12:24**  
El paciente se moviliza por sus propios medios? **Si** Medio de transporte  
Estado de Llegada **Alerta** Procedencia **Domicilio**  
Llegó remitido de

Causa de Consulta y Anamnesis

Causa del evento: **DOLOR CERVICAL**  
Fecha de ocurrencia: Tiempo de evolución: **2 Días** Tipo de evento: **Enfermedad General**  
Tipo consulta PyP: Sitio de ocurrencia:

Enfermedad Actual - (Anamnesis)

DOCENTE - PENSIONADA

DESDE HACE 2 DIAS. DOLOR CERVICAL PRDOMINIO DERECHO. HA PROGRESADO EN INTENSIDAD HASTA 10/10. NO FIEBRE  
NO DEFICIT NEUROLOGICO  
NO OTROS SINTOMAS ASOCIADOS

DX:

DM2 IR

HTA

SOBREPESO

NEUROPATIA DIABETICA

RETINOPATIA DIABETICA

DISLIPIDEMIA

ANTECEDENTE DE TOXOPLASMOSIS FEB 2019 - TTO COMPLETO

NO ALERGIAS

INTOLERANCIA A TRAMADOL

NO TABAQUISMO

NO TRANSFUSIONES

QX: CX MANGUITO ROTADOR DERECHO, CX TUNEL CARPEANO BILATERAL, CESAREA #2, HISTERECTOMIA,

AF: CA DE MAMA

TTO AMBULATORIO ACTUAL.

METOPROLOL 50 MG X1

LOSARTAN 50 MG X2

GABAPENTIN 400 MG X1

ROSUVASTATINA 40 MG X1

INSULINA LANTUS 0-0-52

HUMALOG 18-20-18

Atención Clínica

Antecedentes Personales

Alérgicos Alergias :  
Patológicos - HTA  
DM2 IR  
DISLIPIDEMIA  
SOBREPESO  
SINDROME METABOLICO

Paciente: MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE (No Interno: 398.305)

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Quirúrgicos    | NEUROPATIA DIABETICA<br>RETINOPATIA DIABETICA<br>TOXPLASMOSIS FEB 2019(Reg: 15 Jun 2019 12:45:)                                                                                                                                                                                                                  |
| Farmacológicos | - CX MANGUITO ROTADOR DERECHO, CX TUNEL CARPEANO BILATERAL, CESAREA #2, HISTERECTOMIA(Reg: 15 Jun 2019 12:45:)<br>- TTO AMBULATORIO ACTUAL.<br>METOPROLOL 50 MG X1<br>LOSARTAN 50 MG X2<br>GABAPENTIN 400 MG X1<br>ROSUVASTATINA 40 MG X1<br>INSULINA LANTUS 0-0-52<br>HUMALOG 18-20-18(Reg: 15 Jun 2019 12:45:) |
| Tóxicos        | - TABAQUISMO PASIVO(Reg: 15 Jun 2019 12:45:)                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Otros          | - diabetes(Reg: 30 Jun 2011 12:30:)                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Otros          | - Diabetica insulino dependiente de 17 años de evolucion ( 5 con insulina)<br>HTA controlada con losartan y betoprolol.<br><br>Histerectomia<br>reparo del manguito rotoador derecho<br>dos tuneles carpinanos.(Reg: 02 Ene 2014 08:49:)                                                                         |

Signos vitales

| Fecha              | P. A.  | PAM | P. Pulm. | PPM | PVC | Temp °C | F.Card. | F. Resp | Sat O2 | FIO2 |
|--------------------|--------|-----|----------|-----|-----|---------|---------|---------|--------|------|
| 15/jun./2019 12:00 | 128/77 | 94  | /        |     |     | 36.5    | 65      | 19      | 97     |      |
| 15/jun./2019 12:44 | 128/77 |     | /        |     |     | 36.5    | 65      | 19      | 97     |      |

Examen Físico

15 junio 2019 12:44 - (URG PO ADULTO)

|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado General. ....                                                                                                                | HIDRATACION<br>ALERTA ORIENTADO<br>MARCHA NORMAL                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Cabeza. ....                                                                                                                        | NORMAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Boca y Faringe. ....                                                                                                                | NORMAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Cuello. ....                                                                                                                        | AMA DE CUELLO LIMITADO POR DOLOR. NO DEFICIT                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Tórax. ....                                                                                                                         | NORMAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Abdomen. ....                                                                                                                       | NORMAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Genito - Urinario. ....                                                                                                             | NO SE EXPLORA                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Musculo-esquelético. ....                                                                                                           | NORMAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Neurológico. ....                                                                                                                   | GLASGOW 15<br>FUERZA GLOBAL 5/5<br>ROT OK<br>PARES CRANEALES OK<br>FUNDOSCOPIA HILOS DE "COBRE Y PLATA" ENTRECRUZAMIENTO VASCULAR. NO HEMORRAGIAS. ESCABACION NORMAL.                                                                                                                                                     |
| Piel. ....                                                                                                                          | NORMAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Analisis. ....                                                                                                                      | PACIENTE CON DOLOR CERVICAL. IMPRESIONA CONTRACTURA MUSCULAR.<br>NO SIRS<br>NO ALERGIAS<br>EXAMENES RECIENTE NO FALLA RENAL CRE OK. NO HAY REPORTE AL MOMENTO DE LA VALORACION<br>SE INDICA MANEJO SINTOAMTICO<br>NO ESTUDIOS EN EL MOEMNTO.<br>SE EXPLICA CONDICION CLINICA A PACIENTE. MANIFIESTA COMPRENDER Y ACEPTAR. |
| Triage. ....                                                                                                                        | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Firmado electrónicamente por MAURICIO ANTIA ZULUAGA -- MEDICINA GENERAL<br>Tarjeta Profesional: 766596 Identificación CC 1130602054 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| Diagnósticos de Ingreso                                                                                                             | Localización | Tipo DX               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|
| -- (M624) CONTRACTURA MUSCULAR                                                                                                      |              | Impresion Diagnóstica |
| Firmado electrónicamente por MAURICIO ANTIA ZULUAGA -- MEDICINA GENERAL<br>Tarjeta Profesional: 766596 Identificación CC 1130602054 |              |                       |

Paciente: MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE (No Interno: 398.305)

Página 3 de 6  
25-jul.-2024 15:06

**Notas de Evolución**

15 junio 2019 15:17 - (URG PO ADULTO)

Día de Hospitalización No.1

EVOLUCION URGENCIAS

DX:

DM2 IR

HTA

SOBREPESO

NEUROPATIA DIABETICA

RETINOPATIA DIABETICA

DISLIPIDEMIA

ANTECEDENTE DE TOXOPLASMOSIS FEB 2019 - TTO COMPLETO

NO ALERGIAS

INTOLERANCIA A TRAMADOL

NO TABAQUISMO

NO TRANSFUSIONES

QX: CX MANGUITO ROTADOR DERECHO, CX TUNEL CARPEANO BILATERAL, CESAREA #2, HISTERECTOMIA,

AF: CA DE MAMA

TTO AMBULATORIO ACTUAL.

METOPROLOL 50 MG X1

LOSARTAN 50 MG X2

GABAPENTIN 400 MG X1

ROSUVASTATINA 40 MG X1

INSULINA LANTUS 0-0-52

HUMALOG 18-20-18

EMESIS CON HIDROMORFONA

SE INDICA ANTIEMETICO

CONTINUA OBSERVACION

Presión Arterial: 128/77

Pulso: 65/min

Frec. Resp.: 19/min

Temperatura: 36.5°C

Sat. Oxígeno: 97

Peso: 71Kg.

Talla: 1.60mts

SC: 1.78

EVA: 10

Tipo Estancia: Evolución Urgencias

Criterio: Paciente con vigilancia médica.

Firmado electrónicamente por MAURICIO ANTIA ZULUAGA -- MEDICINA GENERAL

Tarjeta Profesional: 766596 Identificación CC 1130602054

**Nota de Egreso**

15 junio 2019 18:48 - (URG PO ADULTO)

DOCENTE - PENSIONADA

DESDE HACE 2 DIAS. DOLOR CERVICAL PRDOMINIO DERECHO. HA PROGRESADO EN INTENSIDAD HASTA 10/10. NO FIEBRE

NO DEFICIT NEUROLOGICO

NO OTROS SINTOMAS ASOCIADOS

DX:

DM2 IR

HTA

SOBREPESO

## URGENCIAS

Dirección: **Cra 38 Bis No 5B2-04. 0 Y 1**  
Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **20000**

Atención No. **12369794**

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

Página 4 de 6  
25-jul.-2024 15:06

NEUROPATIA DIABETICA  
RETINOPATIA DIABETICA  
DISLIPIDEMIA  
ANTECEDENTE DE TOXOPLASMOSIS FEB 2019 - TTO COMPLETO  
NO ALERGIAS  
INTOLERANCIA A TRAMADOL  
NO TABAQUISMO  
NO TRANSFUSIONES  
QX: CX MANGUITO ROTADOR DERECHO, CX TUNEL CARPEANO BILATERAL, CESAREA #2, HISTERECTOMIA,  
AF: CA DE MAMA

TTO AMBULATORIO ACTUAL.  
METOPROLOL 50 MG X1  
LOSARTAN 50 MG X2  
GABAPENTIN 400 MG X1  
ROSUVASTATINA 40 MG X1  
INSULINA LANTUS 0-0-52  
HUMALOG 18-20-18

EGRESO  
SALIDA POR MEJORIA.

Se dan recomendaciones al paciente/familia

Firmado electrónicamente por **NORMA EUGENIA TORRES PIZARRO** -- MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 760468 Identificación CC 66987758

### Ordenes de Medicamentos

**15 junio 2019 12:45** - (URG PO ADULTO)

- \* TRAUCET 1gramo / 100 mL (10 mg/mL) SOLUCIÓN INYECTABLE BOLSA x 100 mL **Dosificación:** 1  
CUM: 20025495-05 IUM:  
**Observaciones:** APLICAR 1GR IV CADA 8 HR
- \* DÍAzepam 10 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL **Dosificación:** 1  
CUM: 20019151-06 IUM:  
**Observaciones:** diluir en 100cc de ssn y pasar endovenoso lento
- \* LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 **Dosificación:**  
**Observaciones:** PASAR 300 CC EN BOLO Y SEGUIR A 100 CC/HORA POR BOMBA DE INFUSION
- \* TRAMADOL CLORHIDRATO 50 mg / 1 mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación:** 1  
CUM: 0053285-04 IUM:  
**Observaciones:** APLICAR 50 MG SC  
**Suspendido por:** INTOLERANCIA
- \* HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL **Dosificación:** 1 AMPOLLA  
CUM: 20008612-01 IUM:  
**Observaciones:** DILUIR 1 AMP HASTA 10 CC SSN, ADMINISTRAR 4 CC CADA 6 HR SI DOLOR, RESCATES CON 2 CC

Firmado electrónicamente por **MAURICIO ANTIA ZULUAGA** -- MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 766596 Identificación CC 1130602054

**15 junio 2019 15:17** - (URG PO ADULTO)

- \* ONDANsetron 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL **Dosificación:** 4 MG  
CUM: 0028203-08 IUM:  
**Observaciones:** 1 AMP EV CADA 8 HR

Firmado electrónicamente por **MAURICIO ANTIA ZULUAGA** -- MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 766596 Identificación CC 1130602054

### Ordenes Generales

**15 junio 2019 15:19** - (URG PO ADULTO)

Entredias GLUCOMETRIA CADA 8 HR

Firmado electrónicamente por **MAURICIO ANTIA ZULUAGA** -- MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 766596 Identificación CC 1130602054

### Control de Medicamentos

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

**15 junio 2019 14:02** - (URG PO ADULTO)

**Observaciones:** D: 100 CC SSN PASAR LENTO EV

\* 15 Jun 2019 13:56 DIAzepam 10 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

**Observaciones:** D: 10 CC DE AGUA ESTERIL , SE ADMINISTRA 4 CC EV POR EVA 10/10

\* 15 Jun 2019 14:02 HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

**Observaciones:** SE PASA BOLO 300 CC Y SEGUIR A 100 CC/HORA POR BIC

\* 15 Jun 2019 14:03 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

**Observaciones:** PASAR LENTO EV

\* 15 Jun 2019 14:03 TRAUcet 1gramo / 100 mL (10 mg/mL) SOLUCIÓN INYECTABLE BOLSA x 100 mL 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **JOHANNA ANDREA SAAVEDRA LOPEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA  
Identificación CC 1143953767

**15 junio 2019 15:43** - (URG PO ADULTO)

**Observaciones:** DILUID EN 100CC DE SSN

\* 15 Jun 2019 15:43 ONDANsetron 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **YENNIFER ALEXANDRA ORTEGA BEDOYA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA  
Identificación CC 1107074609

### Diagnósticos de Egreso

-- (M624) CONTRACTURA MUSCULAR

Localización

Tipo DX

Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **MAURICIO ANTIA ZULUAGA** -- MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 766596 Identificación CC 1130602054

### Salida Urgencias

Estado vital al salir **Vivo**

Estado al salir

Destino al salir **Domicilio**

Fecha y hora de salida **15 jun. 2019 16:05**

Remitido a

Medio de transporte

### Fórmulas Médicas

TERAPIA FISICA

10

10 SESIONES

CADA 48 HR

APRONAX 550 mg (550 mg) -- Caja x 20

6

1 TAB VO CADA 12 HR X 3 DIAS

DORIXINA RELAX (125mg, 5mg) -- Cja.x 20Tab

10

1 TAB VO CADA 12 HR X 5 DIAS

RELAJANTE MUSCULAR

DOLIREN TABLETAS RECUBIERTAS ABBOTT () -- CAJA X 30 TABLETAS

30

1 TAB VO CADA 8 HR X 10 DIAS MAX

ANALGESICO

ESOMEPRAZOL 40 mg TABLETAS MK () -- CAJA X 10 TABLETAS

10

1 TAB VO DIA X 10 DIAS

Firmado electrónicamente por **MAURICIO ANTIA ZULUAGA** -- MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 766596 Identificación CC 1130602054

### Datos de Enfermería

#### Notas de Enfermería

**15 junio 2019 13:56** - (URG PO ADULTO)

INGRESA PACIENTE ADULTA DE 62 AÑOS DE EDAD DE SEXO FEMENINO QUIEN SE ENCUENTRA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR , CONSCIENTE , ORIENTADA EN TIEMPO , LUGAR Y PERSONA QUIEN CONSULTA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR PRESENTAR DOLOR EN CUELLO / LIMITACION A LA VALORACION DEL MEDICO DE TURNO DA INDICACION DE CANALIZAR VENA , QUEDA CON ACCESO VENOSO EN MSD EN DORSO DE LA MANO CON INSYTE # 20 UNICA PUNCION , NO EDEMA , SIN SIGNOS DE FLEBITIS , SE REALIZA CON TECNICA ASEPTICA Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE , SE ADMINISTRA PLAN MEDICO ORDENADO , REFIERE PRESENTAR INTOLERANCIA AL TRAMADOL SE ENCUENTRA CON STIKER IDENTIFICADO EN MANILLA , SE UBICA EN CAMILLA 13 A DEJO BARANDAS SE SEGURIDAD ELEVADAS , QUEDO ATENTA A CUALQUIER EVOLUCION

Firmado electrónicamente por **JOHANNA ANDREA SAAVEDRA LOPEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA  
Identificación CC 1143953767

# Historia Clínica de la Atención

## URGENCIAS

Dirección: **Cra 38 Bis No 5B2-04. 0 Y 1**  
Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **20000**

Atención No. **12369794**

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

Página 6 de 6  
25-jul.-2024 15:06

**15 junio 2019 14:00** - (URG PO ADULTO)

HAGO ENTREGA DE PACIENTE A LA AUXILIAR DE ENFERMERIA JENNIFER ORTEGA

Firmado electrónicamente por **JOHANNA ANDREA SAAVEDRA LOPEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA  
Identificación CC 1143953767

**Dispositivos Invasivos**

Firmado Electrónicamente por **ANTIA ZULUAGA MAURICIO**

Identificación **CC 1130602054**  
Especialidad **MEDICINA GENERAL**  
Tarjeta Profesional **766596**



Paciente: MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE (No Interno: 398.305)

Identificación del Paciente

|                     |                                                            |                        |                         |
|---------------------|------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------|
| Paciente            | MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE                                | Doc. de identificación | CC 31282885             |
| Fecha de Nacimiento | 28-enero-1957                                              | Edad                   | 51 Años 5 Meses 18 Días |
| Estado Civil        |                                                            | Sexo                   | Femenino                |
| Ocupación           |                                                            | Grupo Sanguineo        |                         |
| Teléfono            | 3167405868                                                 | Celular                | 3163415411              |
| Dirección           | CARRERA 46 A NO 12 35 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA |                        |                         |
| Responsable         | BLANCA EMILSE MOLINA GAITAN                                |                        |                         |

Llegada del Paciente

|                                                 |                    |
|-------------------------------------------------|--------------------|
| Ingreso al Servicio                             |                    |
| Fecha y hora de Ingreso                         | 17-jul.-2008 13:28 |
| El paciente se moviliza por sus propios medios? |                    |
| Estado de Llegada                               |                    |
| Llegó remitido de                               |                    |
| Fecha y hora de Atención                        | 17-jul.-2008 13:30 |
| Medio de transporte                             |                    |
| Procedencia                                     |                    |

Atención Clínica

| Signos vitales     |        |     |          |     |     |         |         |         |        |      |  |
|--------------------|--------|-----|----------|-----|-----|---------|---------|---------|--------|------|--|
| Fecha              | P. A.  | PAM | P. Pulm. | PPM | PVC | Temp °C | F.Card. | F. Resp | Sat O2 | FIO2 |  |
| 17/jul./2008 15:15 | 119/74 |     | /        |     |     |         | 61      |         | 98     |      |  |
| 17/jul./2008 17:20 | 145/78 |     | /        |     |     |         | 76      |         | 99     |      |  |
| 17/jul./2008 17:30 | 129/77 |     | /        |     |     |         | 75      |         | 99     |      |  |
| 17/jul./2008 17:40 | 125/81 |     | /        |     |     |         | 76      |         | 99     |      |  |
| 17/jul./2008 17:50 | 134/82 |     | /        |     |     |         | 80      |         | 99     |      |  |
| 17/jul./2008 18:00 | 139/91 |     | /        |     |     |         | 85      |         | 98     |      |  |
| 17/jul./2008 18:15 | 135/83 |     | /        |     |     |         | 85      |         | 99     |      |  |
| 17/jul./2008 18:25 | 136/83 |     | /        |     |     |         | 88      |         | 94     |      |  |
| 17/jul./2008 18:35 | 131/81 |     | /        |     |     |         | 88      |         | 94     |      |  |
| 17/jul./2008 18:45 | 134/79 |     | /        |     |     |         | 86      |         | 95     |      |  |
| 17/jul./2008 18:55 | 133/84 |     | /        |     |     |         | 89      |         | 95     |      |  |
| 17/jul./2008 19:05 | 133/77 |     | /        |     |     |         | 82      |         | 95     |      |  |

|                                                                                      |              |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|
| Diagnósticos de Ingreso                                                              | Localización | Tipo DX               |
| -- (M751) SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO                                             |              | Impresion Diagnóstica |
| Firmado electrónicamente por MAURICIO GUTIERREZ VERGARA -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA |              |                       |
| Tarjeta Profesional: 17554 Identificación CC 16620693                                |              |                       |

Nota Quirúrgica

17 julio 2008 17:10 - (CIRUGIA)

836305 SUTURA DEL MANGUITO ROTADOR POR ENDOSCOPIA

Fecha: 17 jul. 2008 17:10

Lateralidad: No Aplica Medico: MAURICIO GUTIERREZ VERGARA

Dx Principal: M751 SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO

Dx Relacionado: -o-

Dx de Complicación: -o-

Descripción de acto quirúrgico / hallazgos

ASA 2 Tipo de Cirugia Electiva Tipo de Herida Limpia Tiempo de Cirugia 0min Profilaxis AB

1. Anestesia.

2. Asepsia y Antisepsia.

3. Artroscopia por vías tradicionales.

4.

5. Bursitis Buisectomia.

6. Acromioplastia LEVE LATERAL Y COPLANING

7. Ruptura del manguito rotador,INTRASUBSTANCIA SUTURA CON 2 MAGNUM WIRE

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

8. Cierre por planos.

9. Curación.

10. Inmovilizador.

### Colaboradores

Ayudante 2: LUIS VELASQUEZ

Firmado electrónicamente por **MAURICIO GUTIERREZ VERGARA** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Tarjeta Profesional: 17554 Identificación CC 16620693

### Valoración Prequirurgica

**17 julio 2008 13:58** - (ADMISIONES - EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA)

Hora de Citación: 1 PM

Responsable: JAVIER MIRA - ESPOSO

1. Ha sido operado (a), De que? Si ( ) No( ) HISTERECTOMIA, CESAREAS #2, CORNETES, TUNEL CARPIANO BILATERAL

2. Fecha de la última cirugía? 11 AÑOS

3. Ha tenido problemas con el corazón, presión o diabetes? Si ( X ) No( )

4. Otras enfermedades?

5. Toma algun medicamento? Cual(es)? Si ( X ) No( ) INSULINA

6. Ha tenido problemas con su respiración? Si ( X ) No( ) FUMADORA PASIVA

7. Ha tenido ictericia, hepatitis ó reacción a transfusión sanguínea? Si ( ) No( X )

8. Sufre de convulsiones? Si ( ) No( X )

9. Es alérgico a algo? A que? Si ( ) No( X )

10. Tiene dientes postizos u otras prótesis? Si ( ) No( X )

11. Presenta lesiones en la piel o mucosas? Si ( ) No( X )

12. Preparación Especial:

CMI( )

Medico( )

Entrevista PreQx: Telefonica( ) Personal( X ) Familiar( )

13. Observaciones: P VAL ANEST

Se Retroalimenta en:

Hora Llegada: SI( X ) NO( )

Lugar: SI( X ) NO( )

Ultima Alimentación: SI( X ) NO( )

Ayuno SI( X ) NO( )

14. Resultados de Exámenes:

Hb:14.1 Ht:41 P.T:10.4

Tp:27.1

Glicemia:248

Creatinina:0.68

Rx Tórax:

E.C.G: Normal( X ) Anormal( )

Parcial de Orina: Normal( ) Anormal( )

Persona que realiza Evaluación Prequirurgica: LUCERO PÁRAMO V.

Fecha de realización de Evaluación: JULIO 16 DE 2008

Firmado electrónicamente por **ALINA DEL CARMEN GANDARA ORTEGA** -- ENFERMERO(A) JEFE I

Identificación CC 45462200

### Traslado de Pacientes por Enfermería

# Historia Clínica de la Atención

## CIRUGIA

Dirección: **Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC Piso 3**  
Teléfono Directo: **6023851000** -- Conmutador: **23001-23003**

Atención No. **1200904**

Página 3 de 4  
25-jul.-2024 15:06

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

**17 julio 2008 14:06 - (CIRUGIA)**

1. Verificación del procedimiento autorizado: Si (X) No ( ) Otro
2. Verificación del procedimiento a realizar: Si (X) No ( ) Otro
3. Habitación confirmada: Si ( ) No (X) Por confirmar ( )
4. Hoja de Gastos Diligenciada: Si (X) No ( )
5. Laboratorios: Si (X) No ( )
6. Radiografías: Si (X) No ( ) Las tiene el medico ( )
7. Alergias: Si ( ) No (X) A que?
8. Reserva de Sangre: Si ( ) No (X)
- Globulos Rojos ( ) Cantidad:  
Plasma ( ) Cantidad:  
Plaquetas ( ) Cantidad:  
Autorización de Transfusión ( )
9. Ayuno: Si (X) No ( )
10. Cuadro respiratorio en el momento: Si ( ) No (X)
11. Enfermedad: Si ( ) No (X)
12. Lesiones en piel: Si ( ) No (X)
13. Bolsa para Paciente: Si (X) No ( )
14. Bolsa para ropa: Si (X) No ( )
15. Asignar Locker: Si (X) # 1 No ( )
16. Ingesta de Aspirina o derivados: Si ( ) No (X)
17. Lado de la cirugía: Der (X) Izq ( ) Bilateral ( ) No aplica ( )
18. Prótesis : Si ( ) No (X) Fijas ( ) Removidas ( )
19. Ropa interior de algodón: Si (XX) No ( )
20. Retiro de Joyas u objetos extraños: Si (X) No ( ) No aplica ( )
21. Esmalte y maquillaje removido: Si (X) No ( ) No aplica ( )
22. Rasurado si es necesario: Si ( ) No (X)
23. Preparación del área quirúrgica: Si ( ) No (X)
24. Vestido Quirúrgico: Si (X) No ( )
25. Lavado de Manos: Si (X) No ( )
26. Marquilla correcta: Si (X) No ( )
- X
27. Premedicación si es el caso: Si ( ) No (X) Observaciones PESO 69 KILOS
28. Verifica observaciones y disponibilidad de

# Historia Clínica de la Atención

## CIRUGIA

Dirección: **Cra. 38 BIS No. 5B2-04. SEDE PRINC Piso 3**  
Teléfono Directo: **6023851000** -- Conmutador: **23001-23003**

Atención No. **1200904**

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

Página 4 de 4  
25-jul.-2024 15:06

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------|
| insumos y equipos especiales registrados<br>en la programación diaria de cirugía Si (X ) No ( )<br>Firmado electrónicamente por <b>ALINA DEL CARMEN GANDARA ORTEGA</b> -- ENFERMERO(A) JEFE I<br>Identificación CC 45462200                                                                                      |                     |                                         |
| <b>Diagnósticos de Egreso</b><br>-- (M751) SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO<br>Firmado electrónicamente por <b>MAURICIO GUTIERREZ VERGARA</b> -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA<br>Tarjeta Profesional: 17554 Identificación CC 16620693                                                                                | <b>Localización</b> | <b>Tipo DX</b><br>Impresión Diagnóstica |
| <b>Notas Aclaratorias</b><br><b>17 julio 2008 19:34</b> - (CIRUGIA)<br>19:20 por orden verbal del dr luis m velasquez se hace glucometria dando resultado de 209mg/dl.ordena aplicar insulina.<br>Firmado electrónicamente por <b>LUZ MARY GALLEGU HERNANDEZ</b> -- RECUPERADOR(A)<br>Identificación CC 31917409 |                     |                                         |

Firmado Electrónicamente por **GUTIERREZ VERGARA MAURICIO**  
Identificación **CC 16620693**  
Especialidad **ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**  
Tarjeta Profesional **17554**

INFORME DE RESULTADOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

| Paciente |                              | Solicitante |                                 | Muestra     |                  |
|----------|------------------------------|-------------|---------------------------------|-------------|------------------|
| Nombre   | MOLINA GAITAN, BLANCA EMILSE | Entidad     | COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A. | Nº estudio  | Q-220000905      |
| Sexo     | F                            | Centro      | CLINICA IMBANACO                | Nº petición | SIAM 12208522022 |
| Edad     | 64                           | Médico      | WILSON GONZALO CARO BEDOYA      | Obtención   | 22/01/2022       |
| ID       | CC31282885                   | Servicio    | CIRUGIA                         | Registro    | 24/01/2022       |
| Obs:     | FAC LSM-993904818            |             |                                 |             |                  |

ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO

INFORME MACROSCÓPICO

(A) - En formalina y rotulado con el nombre de la paciente, en un frasco marcado como "Vesícula biliar", se recibe producto de colecistectomía abierta que mide 6.5 x 2.8 cm. Externamente es parda grisácea de consistencia blanda con un cístico de 0.5 cm de diámetro. Al terminar de abrir, se observan 2 cálculos de color negro y consistencia dura, el mayor mide 1.3 x 1.3 x 1.2 cm. La mucosa esta despulida de color pardo y presenta un moteado amarillento superficial. La pared mide 0.2 cm de espesor. Se pinta con tinta negra la base de resección del cístico y se procesan cortes representativos en 1 canastilla.

(B) - En un frasco con formalina, rotulado con el nombre de la paciente, marcado como "Lesión hepática", se recibe un fragmento de tejido que mide 0.7 x 0.4 x 0.1 cm de color pardo claro y consistencia firme. Se procesa todo en 1 canastilla.

(C) - En un frasco con formalina, rotulado con el nombre de la paciente, marcado como "Lesión pancreática", se recibe un fragmento de tejido que mide 1 x 0.2 x 0.2 cm de color pardo claro y consistencia blanda. Se procesa todo en 1 canastilla.

Validado por: Dr. Alejandro Mitsuaki Sugumoto

INFORME MICROSCÓPICO

(A) - En los cortes histológicos teñidos con H&E se identifica vesícula biliar con leve incremento del infiltrado inflamatorio mononuclear. No se observan granulomas ni microorganismos con la coloración de rutina.

(B) - Tejido hepático con presencia de proliferación celular atípica de aspecto neoplásico que se dispone en nidos y de manera dispersa. No se observan granulomas , necrosis ni microorganismos en la muestra.

(C) - Se trata de tejido conectivo con presencia de proliferacion neoplpassica de similares características histológicas a las del espécimen B. No se observan granulomas, necrosis ni microorganismos en la muestra.

COMENTARIO: Estudios de inmunohistoquímica son requeridos para el análisis de las muestras B y C.

DIAGNÓSTICO

(B) - HIGADO. LESION. BIOPSIA:  
COMPROMISO POR NEOPLASIA MAL DIFERENCIADA  
VER COMENTARIO.

(C) - PANCREAS. LESION. BIOPSIA:  
COMPROMIOS POR NEOPLASIA MAL DIFEERENCIADA  
VER COMENTARIO.

Codificación CIE-10: (B)- Z018 - OTROS EXAMENES ESPECIALES ESPECIFICADOS

  
Dra. Isabella Caicedo Ortiz  
Hematopatología-Citometría de Flujo

Informe firmado con el software de gestión de procesos de Anatomía patológica GestPath con proceso de firma securizado.



|                               |                                    |              |         |                           |                     |
|-------------------------------|------------------------------------|--------------|---------|---------------------------|---------------------|
| <b>Nombre del paciente:</b>   | <b>MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE</b> |              |         | <b>Orden No:</b>          | <b>202203040969</b> |
| <b>No. de Identificación:</b> | 31282885                           |              |         | <b>Fecha Impresión:</b>   |                     |
| <b>Fecha Nacimiento:</b>      | 28/01/1957                         | <b>Edad:</b> | 67 Años | <b>Muestra Tomada en:</b> | Sede Principal      |
| <b>Género:</b>                | Femenino                           |              |         |                           |                     |
| <b>Servicio:</b>              | URGENCIAS                          |              |         |                           |                     |
| <b>Médico:</b>                | CRISTIAN DAVID ARIAS GIRALDO       |              |         |                           | Página 1 De 2       |

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia | Fecha y Hora de Ingreso y/o Toma de Muestra: | Resultado Validado en: |
|--------|-----------|----------|-----------------------|----------------------------------------------|------------------------|
|--------|-----------|----------|-----------------------|----------------------------------------------|------------------------|

## HEMATOLOGIA

### HEMOGRAMA

|                                 |        |                      |   |                 |                  |                  |
|---------------------------------|--------|----------------------|---|-----------------|------------------|------------------|
| <b>Recuento de Leucocitos</b>   | 16.27  | x10 <sup>3</sup> /uL | * | 4.80 - 11.00    | 04/03/2022 21:17 | 04/03/2022 21:39 |
| <b>Neutrófilos #</b>            | 13.27  | x10 <sup>3</sup> /uL | * | 2.20 - 7.70     | 04/03/2022 21:17 | 04/03/2022 21:39 |
| <b>Neutrófilos %</b>            | 81.6   | %                    | * | 43.0 - 74.0     | 04/03/2022 21:17 | 04/03/2022 21:39 |
| <b>Linfocitos #</b>             | 1.17   | x10 <sup>3</sup> /uL | * | 1.30 - 2.90     | 04/03/2022 21:17 | 04/03/2022 21:39 |
| <b>Linfocitos %</b>             | 7.2    | %                    | * | 20.5 - 51.1     | 04/03/2022 21:17 | 04/03/2022 21:39 |
| <b>Monocitos #</b>              | 1.26   | x10 <sup>3</sup> /uL | * | 0.30 - 0.80     | 04/03/2022 21:17 | 04/03/2022 21:39 |
| <b>Monocitos %</b>              | 7.7    | %                    |   | 5.5 - 11.7      | 04/03/2022 21:17 | 04/03/2022 21:39 |
| <b>Eosinófilos #</b>            | 0.50   | x10 <sup>3</sup> /uL | * | 0.00 - 0.20     | 04/03/2022 21:17 | 04/03/2022 21:39 |
| <b>Eosinófilos %</b>            | 3.1    | %                    | * | 0.9 - 2.9       | 04/03/2022 21:17 | 04/03/2022 21:39 |
| <b>Basófilos #</b>              | 0.07   | x10 <sup>3</sup> /uL |   | 0.00 - 0.10     | 04/03/2022 21:17 | 04/03/2022 21:39 |
| <b>Basófilos %</b>              | 0.4    | %                    |   | 0.2 - 1.0       | 04/03/2022 21:17 | 04/03/2022 21:39 |
| <b>Granulocitos Inmaduros #</b> | 0.0500 |                      | * | 0.0000 - 0.0138 | 04/03/2022 21:17 | 04/03/2022 21:39 |
| <b>Granulocitos Inmaduros %</b> | 0.300  | %                    |   | 0.000 - 3.000   | 04/03/2022 21:17 | 04/03/2022 21:39 |

Nota: Los Granulocitos Inmaduros se refieren a promielocitos, mielocitos y metamielocitos.  
Son indicadores de desviación a la izquierda

|                                                       |       |                      |   |               |                  |                  |
|-------------------------------------------------------|-------|----------------------|---|---------------|------------------|------------------|
| <b>Recuento de Eritrocitos</b>                        | 5.08  | x10 <sup>6</sup> /uL |   | 3.20 - 5.70   | 04/03/2022 21:17 | 04/03/2022 21:39 |
| <b>Hemoglobina</b>                                    | 13.0  | g/dL                 |   | 12.3 - 15.3   | 04/03/2022 21:17 | 04/03/2022 21:39 |
| <b>Hematocrito</b>                                    | 41.1  | %                    |   | 35.0 - 47.0   | 04/03/2022 21:17 | 04/03/2022 21:39 |
| <b>Volumen corpuscular medio</b>                      | 80.9  | fL                   |   | 80.0 - 94.0   | 04/03/2022 21:17 | 04/03/2022 21:39 |
| <b>Hemoglobina corpuscular media</b>                  | 25.6  | pg                   |   | 24.0 - 32.0   | 04/03/2022 21:17 | 04/03/2022 21:39 |
| <b>Concentración de Hemoglobina corpuscular media</b> | 31.6  | g/dL                 | * | 32.0 - 35.0   | 04/03/2022 21:17 | 04/03/2022 21:39 |
| <b>Ancho de distribución eritrocitario DS</b>         | 46.0  | fL                   |   |               | 04/03/2022 21:17 | 04/03/2022 21:39 |
| <b>Ancho de distribución eritrocitario CV</b>         | 15.7  | %                    | * | 11.5 - 15.5   | 04/03/2022 21:17 | 04/03/2022 21:39 |
| <b>Normoblastos #</b>                                 | 0.000 | x10 <sup>3</sup> /uL |   | 0.000 - 0.012 | 04/03/2022 21:17 | 04/03/2022 21:39 |
| <b>Normoblastos %</b>                                 | 0.0   | /100WBC              |   | 0.0 - 0.2     | 04/03/2022 21:17 | 04/03/2022 21:39 |

Nota: Los normoblastos hallados en sangre periférica son marcadores de gravedad. En recién nacidos pueden encontrarse hasta el 5° día.

|                                  |      |                      |   |            |                  |                  |
|----------------------------------|------|----------------------|---|------------|------------------|------------------|
| <b>Recuento de plaquetas</b>     | 254  | x10 <sup>3</sup> /uL |   | 130 - 400  | 04/03/2022 21:17 | 04/03/2022 21:39 |
| <b>Volumen medio plaquetario</b> | 11.9 | fL                   | * | 6.0 - 10.4 | 04/03/2022 21:17 | 04/03/2022 21:39 |



**Nombre del paciente:** MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE

**No. de Identificación:** 31282885

**Fecha Nacimiento:** 28/01/1957

**Edad:** 67 Años

**Género:** Femenino

**Servicio:** URGENCIAS

**Médico:** CRISTIAN DAVID ARIAS GIRALDO

**Orden No:** 202203040969

**Fecha Impresión:**

**Muestra Tomada en:** Sede Principal

Página 2 De 2

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia | Fecha y Hora de Ingreso y/o Toma de Muestra: | Resultado Validado en: |
|--------|-----------|----------|-----------------------|----------------------------------------------|------------------------|
|--------|-----------|----------|-----------------------|----------------------------------------------|------------------------|

## HEMATOLOGIA

Liliana Rios Rengifo  
Reg. # 22096

## QUIMICA E INMUNOQUIMICA

|                               |       |       |   |             |                  |                  |
|-------------------------------|-------|-------|---|-------------|------------------|------------------|
| <b>Amilasa en suero</b>       | 44    | U/L   |   | 28 - 100    | 04/03/2022 21:16 | 04/03/2022 21:50 |
| <b>Proteína C reactiva</b>    | 147.4 | mg/L  | * | 0.0 - 5.0   | 04/03/2022 21:16 | 04/03/2022 21:50 |
| Técnica: Inmunoturbidimetría. |       |       |   |             |                  |                  |
| <b>Lipasa</b>                 | 11.0  | U/L   | * | 13.0 - 60.0 | 04/03/2022 21:16 | 04/03/2022 21:50 |
| <b>Creatinina en suero</b>    | 0.35  | mg/dL | * | 0.51 - 0.95 | 04/03/2022 21:16 | 04/03/2022 21:50 |

### Valores de referencia en niños:

|                       |   |                   |
|-----------------------|---|-------------------|
| Neonatos (Prematuros) | : | 0.33 - 0.98 mg/dl |
| Neonatos (a término)  | : | 0.31 - 0.88 mg/dl |
| 2-12 meses            | : | 0.16 - 0.39 mg/dl |
| 1- 3 años             | : | 0.18 - 0.35 mg/dl |
| 4- 5 años             | : | 0.26 - 0.42 mg/dl |
| 6- 7 años             | : | 0.29 - 0.47 mg/dl |
| 8- 9 años             | : | 0.34 - 0.53 mg/dl |
| 10-11 años            | : | 0.33 - 0.64 mg/dl |
| 12-13 años            | : | 0.44 - 0.68 mg/dl |
| 14-15 años            | : | 0.46 - 0.77 mg/dl |

Firmado electrónicamente:  
Jacklyn Hernández García  
Registro No. 85277



# REGISTRO DE ANESTESIA CIRUGIA

Fecha: 22/01/2022

Paciente: BLANCA EMILSE MOLINA GAITAN

Identificación: CC 31282885

Edad: 67 Años

Peso: 62.0 KG

Sangre: /

## Equipo Quirúrgico

| Rol               | Nombre                        |
|-------------------|-------------------------------|
| Cirujano 1 (Ppal) | CARO BEDOYA WILSON GONZALO    |
| Ayudante 1        | FRANCO HERRERA ASTOLFO LEON   |
| Anestesiologo 1   | OSORIO OSORIO ANA MARIA       |
| Circulante 1      | VALENCIA HERNANDEZ ALBA NELLY |
| Instrumentador    | BADEL GAMEZ MARIA ISABEL      |

## Procedimiento (s) / Paquetes(s)

| Nombre | Nombre                                                                |
|--------|-----------------------------------------------------------------------|
| 501003 | BIOPSIA POR LAPAROSCOPIA DE HIGADO                                    |
| 512104 | COLECISTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA                                     |
| 590111 | EXPLORACION RETROPERITONEAL (LUMBOTOMIA EXPLORADORA) POR LAPAROSCOPIA |

## Vía Aérea

| Descripción         | Observación          |
|---------------------|----------------------|
| IOT – Tubo Estandar | iot 7.0 fijado en 21 |

## Técnica Anestésica

| Nombre     | Observación  |
|------------|--------------|
| Multimodal | remifentanil |

## Diagnóstico(s)

| Código | Nombre                                         | Principal | Egreso |
|--------|------------------------------------------------|-----------|--------|
| C258   | LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL PANCREAS        | Si        | No     |
| K802   | CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS | Si        | Si     |

| Franja | Tipo                   | Parámetros Vitales                                                                | Valor Franja |
|--------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 15:20  | Líquidos Administrados | Solución Salina                                                                   | 250          |
|        | Medicamentos           | UNASYN (Ampicilina sodica 1 g + Sulbactam sodico 0,5 g) POLVO LIOFILIZADO VIAL(g) | 3            |
|        |                        | ATROPINA SULFATO 1 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL (mg)              | 1            |
|        |                        | ESMERON 50 mg / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL(mg)                       | 50           |
|        |                        | SUPRANE 100 % SOLUCION PARA INHALAR FRASCO x 240 mL(ml)                           | 2            |
|        |                        | DICLOFENACO SODICO 75 mg / 3 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 3 mL (mg)           | 75           |
|        |                        | OXIGENO GASEOSO MED.(Lit/min)                                                     | 2            |
|        |                        | HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL(mg)                    | .8           |
|        |                        | KETAMINA CLORHIDRATO 50 mg / 1mL SOLUCION INYECTABLE JP x 1 mL(mg)                | 50           |
|        |                        | ULTIVA 2 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL (mg)                                           | 2            |
|        |                        | PROPOFOL 1% (10 mg/ mL) EMULSIÓN INYECTABLE VIAL x 20 mL(mg)                      | 150          |
|        |                        | DEXAMETASONA FOSFATO 4 mg/ 1mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLAS x 1mL(mg)             | 16           |
|        |                        | SULFATO DE MAGNESIO 2 gramos / 20 mL SSN 0,9% SOLUCION INYECTABLE JP x 20 mL(g)   | 2            |

## REGISTRO DE ANESTESIA CIRUGIA

Fecha: 22/01/2022

|       |                        |                                                                             |     |
|-------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----|
| 15:20 | Medicamentos           | NEOSTIGMINA 0,5 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL(mg)             | 2   |
|       |                        | LIDOcaina CLORHIDRATO 2%(20 mg/1mL) SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL(mg) | 60  |
|       |                        | OMEprazol 40mg POLVO INYECTABLE VIAL(mg)                                    | 40  |
|       | Parámetros Vitales     | PAM                                                                         | 74  |
|       |                        | FC                                                                          | 88  |
|       |                        | SpO2                                                                        | 99  |
|       |                        | EtCO2                                                                       | 33  |
|       |                        | BIS                                                                         | 78  |
|       |                        | FR                                                                          | 12  |
| 15:25 | Parámetros Vitales     | PAM                                                                         | 79  |
|       |                        | FC                                                                          | 84  |
|       |                        | SpO2                                                                        | 99  |
|       |                        | EtCO2                                                                       | 31  |
|       |                        | BIS                                                                         | 66  |
|       |                        | FR                                                                          | 12  |
| 15:30 | Líquidos Administrados | Lactato Ringer                                                              | 500 |
|       | Parámetros Vitales     | PAM                                                                         | 77  |
|       |                        | FC                                                                          | 82  |
|       |                        | SpO2                                                                        | 99  |
|       |                        | EtCO2                                                                       | 28  |
|       |                        | BIS                                                                         | 65  |
|       |                        | FR                                                                          | 12  |
| 15:35 | Parámetros Vitales     | PAM                                                                         | 69  |
|       |                        | FC                                                                          | 87  |
|       |                        | SpO2                                                                        | 99  |
|       |                        | EtCO2                                                                       | 29  |
|       |                        | BIS                                                                         | 56  |
|       |                        | FR                                                                          | 12  |
| 15:40 | Líquidos Administrados | Lactato Ringer                                                              | 500 |
|       | Parámetros Vitales     | PAM                                                                         | 68  |
|       |                        | FC                                                                          | 89  |
|       |                        | SpO2                                                                        | 99  |
|       |                        | EtCO2                                                                       | 26  |
|       |                        | BIS                                                                         | 55  |
|       |                        | FR                                                                          | 12  |
| 15:45 | Parámetros Vitales     | PAM                                                                         | 66  |
|       |                        | FC                                                                          | 85  |
|       |                        | SpO2                                                                        | 99  |
|       |                        | EtCO2                                                                       | 26  |
|       |                        | BIS                                                                         | 54  |
|       |                        | FR                                                                          | 12  |
| 15:50 | Parámetros Vitales     | PAM                                                                         | 67  |

## REGISTRO DE ANESTESIA CIRUGIA

Fecha: 22/01/2022

|       |                    |       |    |
|-------|--------------------|-------|----|
| 15:50 | Parámetros Vitales | FC    | 83 |
|       |                    | SpO2  | 99 |
|       |                    | EtCO2 | 27 |
|       |                    | BIS   | 55 |
|       |                    | FR    | 12 |
| 15:55 | Parámetros Vitales | PAM   | 68 |
|       |                    | FC    | 86 |
|       |                    | SpO2  | 99 |
|       |                    | EtCO2 | 28 |
|       |                    | BIS   | 53 |
|       |                    | FR    | 12 |
| 16:00 | Parámetros Vitales | PAM   | 66 |
|       |                    | FC    | 88 |
|       |                    | SpO2  | 99 |
|       |                    | EtCO2 | 27 |
|       |                    | BIS   | 53 |
|       |                    | FR    | 12 |
| 16:05 | Parámetros Vitales | PAM   | 61 |
|       |                    | FC    | 87 |
|       |                    | SpO2  | 99 |
|       |                    | EtCO2 | 26 |
|       |                    | BIS   | 48 |
|       |                    | FR    | 12 |
| 16:10 | Parámetros Vitales | PAM   | 66 |
|       |                    | FC    | 74 |
|       |                    | SpO2  | 99 |
|       |                    | EtCO2 | 27 |
|       |                    | BIS   | 49 |
|       |                    | FR    | 12 |
| 16:15 | Parámetros Vitales | PAM   | 67 |
|       |                    | FC    | 68 |
|       |                    | SpO2  | 99 |
|       |                    | EtCO2 | 28 |
|       |                    | BIS   | 46 |
|       |                    | FR    | 12 |
| 16:20 | Parámetros Vitales | PAM   | 69 |
|       |                    | FC    | 66 |
|       |                    | SpO2  | 99 |
|       |                    | EtCO2 | 29 |
|       |                    | BIS   | 52 |
|       |                    | FR    | 12 |
| 16:25 | Parámetros Vitales | PAM   | 68 |
|       |                    | FC    | 65 |
|       |                    | SpO2  | 99 |

## REGISTRO DE ANESTESIA

### CIRUGIA

Fecha: 22/01/2022

|       |                    |       |    |
|-------|--------------------|-------|----|
| 16:25 | Parámetros Vitales | EtCO2 | 27 |
|       |                    | BIS   | 54 |
|       |                    | FR    | 12 |
| 16:30 | Parámetros Vitales | PAM   | 71 |
|       |                    | FC    | 66 |
|       |                    | SpO2  | 99 |
|       |                    | EtCO2 | 28 |
|       |                    | BIS   | 55 |
|       |                    | FR    | 12 |
| 16:35 | Parámetros Vitales | PAM   | 77 |
|       |                    | FC    | 68 |
|       |                    | SpO2  | 99 |
|       |                    | EtCO2 | 28 |
|       |                    | BIS   | 56 |
|       |                    | FR    | 12 |
| 16:40 | Parámetros Vitales | PAM   | 69 |
|       |                    | FC    | 65 |
|       |                    | SpO2  | 99 |
|       |                    | EtCO2 | 32 |
|       |                    | BIS   | 78 |
|       |                    | FR    | 12 |
| 16:45 | Parámetros Vitales | PAM   | 75 |
|       |                    | FC    | 66 |
|       |                    | SpO2  | 99 |
|       |                    | EtCO2 | 31 |
|       |                    | BIS   | 89 |
|       |                    | FR    | 12 |
| 16:50 | Parámetros Vitales | PAM   | 77 |
|       |                    | FC    | 67 |
|       |                    | SpO2  | 99 |
|       |                    | EtCO2 | 32 |
|       |                    | BIS   | 88 |
|       |                    | FR    | 12 |

**REGISTRO DE ANESTESIA**  
**CIRUGIA**

Fecha: 22/01/2022

# Valoración pre - Anestésica

**Centro Médico Imbanaco**  
Vacación de Servicio

Nombre Blanca Emilia Molina Edad 51a Ocupación Maestra Teléfono 3345410.  
Cirujano(s) M. Gutierrez Diagnóstico(s) Sind. Retard. V. Arterial Per  
Anestesiólogo M. Gutierrez Cirugía(s) Artroscopia  
Fecha de Consulta 16/07/08 Fecha de Cirugía 17/07/08 Entidad Coarctación

## VALORACION POR SISTEMAS:

CARDIOVASCULAR: HTA - Valvulopatía - Coronario - Arritmias - ICC - Sedentarismo - Claudicación - Varices - EKG - ECO - P.de.Esfuerzo - Cateterismo

|   |
|---|
| N |
|   |
|   |
|   |

RESPIRATORIO: Tos - Gripe - ATRS - Asma - Tabaquismo - EPOC - Disnea - TEV - Apnea del Sueño - RX - P. Funcion. Pulmonar

|   |
|---|
| N |
|   |
|   |
|   |

URINARIO: Infección - Litiasis - Glomerulopatía - Diálisis - Transplantado - Riñón Único - Prostatismo

|   |
|---|
| N |
|   |
|   |
|   |

HEMATOLOGICO: Anemia - Hemofilia - Coagulopatía - Reacción a Transfusión - Usa anticoagulantes - Testigo de Jehová - Grupo Sanguíneo

|   |
|---|
| N |
|   |
|   |
|   |

DIGESTIVO: E. Acidopéptica - RGE - Estómago lleno - Hepatitis - Cirrosis - Ictericia - Vómito Fácil - Estreñimiento

|   |
|---|
| N |
|   |
|   |
|   |

ENDOCRINO-METABOLICO-INMUNOLOGICO: Tiroides - Diabetes - Gravidéz - FUM - Obesidad - Desnutrición - Cáncer - Inmunosupresión

|                                  |
|----------------------------------|
| Insulina NPH 15U am              |
| Glibenclamide 5U 11 5U 12du 5 11 |

PSICO-NEURO-MUSCULO-ESQUELETICO: Enf. Mental - Parálisis - Convulsiones - Adicciones - Miopatía - Colagenosis - Quemadura - Trauma

|   |
|---|
| N |
|   |
|   |
|   |

Piel  
Alergias  
Medicamentos

ANTECEDENTES ANESTESICOS: (Hipertermia, Vómito, Insomnio, Cefalea, Hiperálgia, Recuerdos, Disfonia, Otro)

|                                |
|--------------------------------|
| - Histarcehemia 11a / Raquidea |
| - 2 cerumen /                  |
| - 2 T campo loco 1 sedación    |

## LABORATORIO

|            |      |     |      |              |     |     |  |           |  |
|------------|------|-----|------|--------------|-----|-----|--|-----------|--|
| Hb-Hco     | 14.1 | TP  | 10.7 | P. de Orina: |     | Na: |  | TSH - T4: |  |
| Leucocitos | 671- | PTT | 27.1 | Glicemia:    | 248 | K   |  |           |  |
| Plaquetas  | 206  | INR | 1.21 | Creatinina:  |     | CL  |  |           |  |

## SIGNOS VITALES:

PESO:  Kg. TALLA:  I. M. C.:  TA: 140/90 FC:  FR:  T:

## INTUBACION:

Mallampati ☐ abertura.oral ☐ Distancia.tiroides-mentón ☐ Distancia.esterno.mentón ☐ Dientes ☐

RIESGO: ASA ☐ 2 GOLMAN ☐ 1 NYHA ☐ GLASGOW ☐

PLAN: Premedicación ☐ Reserva de Sangre ☐

Anestesia ☐ Profilaxis de TEV ☐

Anestesiólogo (Firma y código)

Paciente (Firma y cédula) 31.282.885 Cat









Fecha: 17/04/00 Nombre: Blanca F. Molina

ASA: 1 (2) 3 4 5 Ayuno: (L) ( ) (S) ( ) Horas: Estado Emocional:

## AGENTES

## MONITORIA

|                               |                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| P.A.                          | <br> |
| Pulso                         |                                                                                         |
| INDUCCIÓN<br>Fin de Anestesia |                                                                                         |
| INCISIÓN<br>FIN de Cirugía    |                                                                                         |
| Anotación<br>especial         |                                                                                         |
| Torniquete<br>Inicio y Final  |                                                                                         |

|          |
|----------|
| Tiempos  |
| Anest:   |
| Cirugia: |

**Ventilación  
Mecánica**

VC:

FR:

I/E:

PIM:

PEEP:

**Posición**

**DROGAS**

Liquidos:

## EGRESOS

## INGRESOS

Mio.

**Cristaloides.**

**Sangrado:**

### Coloides:

Diuresis:

**Hemoderivados:**

SNG:

## Balance

## TECNICA DE ANESTESIA

GENERAL: Inhalatoria ☐ Endovenosa ☒ Balanceada ☐

**CONDUCTIVA:** Peridural ☐ Raquideo ☐ Caudal ☐ Mixta ☐

REGIONAL ENDOVENOSA: ☐ Bilateral ☒ Local ☐

SEDACIÓN: ☐ Analgesia Post-QX-Cateter ☐ [bpm]

TUBO No. ☐ OT ☐ NT ☐ Seifink ☐ Cormarck

MASCARA No. ( )    For what ☐ Last 2 ☐ New ☐

CIRCUITO: ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 ☐ 101 ☐ 102 ☐ 103 ☐ 104 ☐ 105 ☐ 106 ☐ 107 ☐ 108 ☐ 109 ☐ 110 ☐ 111 ☐ 112 ☐ 113 ☐ 114 ☐ 115 ☐ 116 ☐ 117 ☐ 118 ☐ 119 ☐ 120 ☐ 121 ☐ 122 ☐ 123 ☐ 124 ☐ 125 ☐ 126 ☐ 127 ☐ 128 ☐ 129 ☐ 130 ☐ 131 ☐ 132 ☐ 133 ☐ 134 ☐ 135 ☐ 136 ☐ 137 ☐ 138 ☐ 139 ☐ 140 ☐ 141 ☐ 142 ☐ 143 ☐ 144 ☐ 145 ☐ 146 ☐ 147 ☐ 148 ☐ 149 ☐ 150 ☐ 151 ☐ 152 ☐ 153 ☐ 154 ☐ 155 ☐ 156 ☐ 157 ☐ 158 ☐ 159 ☐ 160 ☐ 161 ☐ 162 ☐ 163 ☐ 164 ☐ 165 ☐ 166 ☐ 167 ☐ 168 ☐ 169 ☐ 170 ☐ 171 ☐ 172 ☐ 173 ☐ 174 ☐ 175 ☐ 176 ☐ 177 ☐ 178 ☐ 179 ☐ 180 ☐ 181 ☐ 182 ☐ 183 ☐ 184 ☐ 185 ☐ 186 ☐ 187 ☐ 188 ☐ 189 ☐ 190 ☐ 191 ☐ 192 ☐ 193 ☐ 194 ☐ 195 ☐ 196 ☐ 197 ☐ 198 ☐ 199 ☐ 200 ☐ 201 ☐ 202 ☐ 203 ☐ 204 ☐ 205 ☐ 206 ☐ 207 ☐ 208 ☐ 209 ☐ 210 ☐ 211 ☐ 212 ☐ 213 ☐ 214 ☐ 215 ☐ 216 ☐ 217 ☐ 218 ☐ 219 ☐ 220 ☐ 221 ☐ 222 ☐ 223 ☐ 224 ☐ 225 ☐ 226 ☐ 227 ☐ 228 ☐ 229 ☐ 230 ☐ 231 ☐ 232 ☐ 233 ☐ 234 ☐ 235 ☐ 236 ☐ 237 ☐ 238 ☐ 239 ☐ 240 ☐ 241 ☐ 242 ☐ 243 ☐ 244 ☐ 245 ☐ 246 ☐ 247 ☐ 248 ☐ 249 ☐ 250 ☐ 251 ☐ 252 ☐ 253 ☐ 254 ☐ 255 ☐ 256 ☐ 257 ☐ 258 ☐ 259 ☐ 260 ☐ 261 ☐ 262 ☐ 263 ☐ 264 ☐ 265 ☐ 266 ☐ 267 ☐ 268 ☐ 269 ☐ 270 ☐ 271 ☐ 272 ☐ 273 ☐ 274 ☐ 275 ☐ 276 ☐ 277 ☐ 278 ☐ 279 ☐ 280 ☐ 281 ☐ 282 ☐ 283 ☐ 284 ☐ 285 ☐ 286 ☐ 287 ☐ 288 ☐ 289 ☐ 290 ☐ 291 ☐ 292 ☐ 293 ☐ 294 ☐ 295 ☐ 296 ☐ 297 ☐ 298 ☐ 299 ☐ 300 ☐ 301 ☐ 302 ☐ 303 ☐ 304 ☐ 305 ☐ 306 ☐ 307 ☐ 308 ☐ 309 ☐ 310 ☐ 311 ☐ 312 ☐ 313 ☐ 314 ☐ 315 ☐ 316 ☐ 317 ☐ 318 ☐ 319 ☐ 320 ☐ 321 ☐ 322 ☐ 323 ☐ 324 ☐ 325 ☐ 326 ☐ 327 ☐ 328 ☐ 329 ☐ 330 ☐ 331 ☐ 332 ☐ 333 ☐ 334 ☐ 335 ☐ 336 ☐ 337 ☐ 338 ☐ 339 ☐ 340 ☐ 341 ☐ 342 ☐ 343 ☐ 344 ☐ 345 ☐ 346 ☐ 347 ☐ 348 ☐ 349 ☐ 350 ☐ 351 ☐ 352 ☐ 353 ☐ 354 ☐ 355 ☐ 356 ☐ 357 ☐ 358 ☐ 359 ☐ 360 ☐ 361 ☐ 362 ☐ 363 ☐ 364 ☐ 365 ☐ 366 ☐ 367 ☐ 368 ☐ 369 ☐ 370 ☐ 371 ☐ 372 ☐ 373 ☐ 374 ☐ 375 ☐ 376 ☐ 377 ☐ 378 ☐ 379 ☐ 380 ☐ 381 ☐ 382 ☐ 383 ☐ 384 ☐ 385 ☐ 386 ☐ 387 ☐ 388 ☐ 389 ☐ 390 ☐ 391 ☐ 392 ☐ 393 ☐ 394 ☐ 395 ☐ 396 ☐ 397 ☐ 398 ☐ 399 ☐ 400 ☐ 401 ☐ 402 ☐ 403 ☐ 404 ☐ 405 ☐ 406 ☐ 407 ☐ 408 ☐ 409 ☐ 410 ☐ 411 ☐ 412 ☐ 413 ☐ 414 ☐ 415 ☐ 416 ☐ 417 ☐ 418 ☐ 419 ☐

R.N. Sexo: (M) (F) Hora: APGAR: 1' 5' 10' PEDIATRIA

#### EQUIPO DE CIRUGÍA

Cirurgia(s) Artroscopia do ombro direito

Anestesiólogo(s) 1 MVLance

Cirujano(s) M. Gubina

Ayudante(s) A. Estrada

|                   |               |
|-------------------|---------------|
| Ayudante(s)       | Alexis, Mark  |
| Instrumentador(a) | Alfonso Lopez |

|                     |           |
|---------------------|-----------|
| Inschriftentafel(n) | Fluss     |
| Circulante          | Viehmarkt |

Firma y código del Anestesiólogo

Firma y código del Anestesiólogo



# Historia Clínica de la Atención

## CIRUGIA

Dirección: **CRA. 38A NO. 5A - 100. TORRE A PISO 5**  
Teléfono Directo: **5550** -- Conmutador: **6821000 Ext. 5544**

Atención No. **1200904**

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

Página 1 de 7  
18-Jul-2008 15:54

### Identificación del Paciente

|                                                                             |                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Paciente <b>MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE</b>                                 | Doc. de identificación <b>CC 31282885</b> |
| Fecha de Nacimiento <b>28-Enero-1957</b>                                    | Edad <b>51 Años 5 Meses 18 Días</b>       |
| Estado Civil                                                                | Sexo <b>Femenino</b>                      |
| Ocupación                                                                   | Grupo Sanguíneo                           |
| Teléfono <b>3345418</b> Celular <b>316--3415411</b>                         |                                           |
| Dirección <b>CARRERA 46 A NO 12 35 - Santiago de Cali - VALLE DEL CAUCA</b> |                                           |
| Responsable <b>BLANCA EMILSE MOLINA GAITAN</b>                              |                                           |

### Llegada del Paciente

|                                                  |                                                   |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Ingreso al Servicio</b>                       |                                                   |
| Fecha y hora de Ingreso <b>17-Jul-2008 13:28</b> | Fecha y hora de Atención <b>17-Jul-2008 13:30</b> |
| El paciente se moviliza por sus propios medios?  | Medio de transporte                               |
| Estado de llegada                                | Procedencia                                       |
| Llegó remitido de                                |                                                   |

### Atención Clínica

#### Nota de Preparación

**17 Julio 2008 14:06 - (CIRUGIA)**

- Verificación del procedimiento autorizado: Si ( ☒ ) No ( ☐ ) Otro
- Verificación del procedimiento a realizar: Si ( ☒ ) No ( ☐ ) Otro
- Habitación confirmada: Si ( ☐ ) No ( ☒ ) Por confirmar ( ☐ )
- Hoja de Gastos Diligenciada: Si ( ☒ ) No ( ☐ )
- Laboratorios: Si ( ☒ ) No ( ☐ )
- Radiografías: Si ( ☒ ) No ( ☐ ) Las tiene el médico ( ☐ )
- Alergias: Si ( ☐ ) No ( ☒ ) A que?
- Reserva de Sangre: Si ( ☐ ) No ( ☒ )
 

|                                                          |           |
|----------------------------------------------------------|-----------|
| Globulos Rojos ( <input type="checkbox"/> )              | Cantidad: |
| Plasma ( <input type="checkbox"/> )                      | Cantidad: |
| Plaquetas ( <input type="checkbox"/> )                   | Cantidad: |
| Autorización de Transfusión ( <input type="checkbox"/> ) |           |
- Ayuno: Si ( ☒ ) No ( ☐ )
- Cuadro respiratorio en el momento: Si ( ☐ ) No ( ☒ )
- Enfermedad: Si ( ☐ ) No ( ☒ )
- Lesiones en piel: Si ( ☐ ) No ( ☒ )
- Bolsa para Paciente: Si ( ☒ ) No ( ☐ )
- Bolsa para ropa: Si ( ☒ ) No ( ☐ )
- Asignar Locker: Si ( ☒ ) # 1 No ( ☐ )
- Ingesta de Aspirina o derivados: Si ( ☐ ) No ( ☒ )
- Lado de la cirugía: Der ( ☒ ) Izq ( ☐ ) Bilateral ( ☐ ) No aplica ( ☐ )

# Historia Clínica de la Atención

## CIRUGIA

Dirección: **CRA. 38A NO. 5A - 100. TORRE A PISO 5**  
Teléfono Directo: **5550** -- Conmutador: **6821000 Ext. 5544**

Atención No. **1200904**

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

Página 2 de 7  
18-Jul-2008 15:54

18. Prótesis : Si( ) No( X ) Fijas( ) Removidas( )
19. Ropa interior de algodón: Si( XX ) No( )
20. Retiro de Joyas u objetos extraños: Si( X ) No( ) No aplica( )
21. Esmalte y maquillaje removido: Si( X ) No( ) No aplica( )
22. Rasurado si es necesario: Si( ) No( X )
23. Preparación del área quirúrgica: Si( ) No( X )
24. Vestido Quirúrgico: Si( X ) No( )
25. Lavado de Manos: Si( X ) No( )
26. Marquilla correcta: Si( X ) No( )
27. Premedicación si es el caso: Si( ) No( X ) Observaciones PESO 69 KILOS
28. Verifica observaciones y disponibilidad de insumos y equipos especiales registrados en la programación diaria de cirugía Si( X ) No( )
- Firmado electrónicamente por **ALINA DEL CARMEN GANDARA ORTEGA** -- ENFERMERA JEFE I  
Identificación CC 45462200

### Nota Quirúrgica

**836305 SUTURA DEL MANGUITO ROTADOR POR ENDOSCOPIA +**

**Fecha:** 17 Jul 2008 17:10

**Lateralidad:** No Aplica

**Medico:** MAURICIO GUTIERREZ VERGARA

**Dx Principal:** M751 SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO

**Dx Relacionado:** -o-

**Dx de Complicación:** -o-

Firmado electrónicamente por **MAURICIO GUTIERREZ VERGARA** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Tarjeta Profesional: 17554 Identificación CC 16620693

### Resumen de Historia

**17 Julio 2008 17:27 - (UNIDAD DE ARTROSCOPIA)**

TRAE RESONANCIA MAGNETICA HOMBRO DERECHO: RUPTURA BURSAL COMPLETA DEL MANGUITO ROTADOR, PINZAMIENTO SUBACROMIAL, ARTROSIS ACROMIO CLAVICULAR Y DERRAME ARTICULAR ASOCIADO, RX DE HOMBRO: ARTROSIS AC, NO HAY ASCENSO DE LA CABEZA HUMERAL HAY QUISTE EN CABEZA HUMERAL, BICEPS OK. AL EXAMEN FISICO: AMA FLEXION 0°170° CON DOLOR, RE 50°, RI LUMBAR, PINZAMIENTO SEVERO.

PLAN: ARTROSCOPIA HOMBRO DERECHO.

Firmado electrónicamente por **MAURICIO GUTIERREZ VERGARA** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Tarjeta Profesional: 17554 Identificación CC 16620693

### Nota Quirúrgica

#### Descripción de acto quirúrgico

ASA **2** Tipo de Cirugía **Electiva** Tipo de Herida **Limpia** Tiempo de Cirugía **0min** Profilaxis **AB**

1. Anestesia.

2. Asepsia y Antisepsia.

3. Artroscopia por vias tradicionales.

4.

5. Bursitis Buisectomia.

6. Acromioplastia LEVE LATERAL Y COPLANING

# Historia Clínica de la Atención

## CIRUGIA

Dirección: **CRA. 38A NO. 5A - 100. TORRE A PISO 5**  
Teléfono Directo: **5550** -- Conmutador: **6821000 Ext. 5544**

Atención No. **1200904**

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

Página 3 de 7  
18-Jul-2008 15:54

7. Ruptura del manguito rotador, INTRASUBSTANCIA SUTURA CON 2 MAGNUM WIRE
8. Cierre por planos.
9. Curación.
10. Inmovilizador.

### Colaboradores

Ayudante 2: **LUIS VELASQUEZ**

Firmado electrónicamente por **MAURICIO GUTIERREZ VERGARA** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
Tarjeta Profesional: 17554 Identificación CC 16620693

### Notas Instrumentadoras

**17 Julio 2008 17:25 - (CIRUGIA)**

1. CONTEO INICIAL  
Material Cortopunzante: Aguja Sutura #6 - Hoja bisturí #1 - Aguja Hipodérmica 2.  
Instrumental Completo SI
2. PATOLOGIA NINGUNA  
Usual ( )  
Congelación ( ) cantidad
3. CONTEO FINAL  
Material Cortopunzante: Aguja Sutura #6 - Hoja bisturí #1 - Aguja Hipodérmica 2.  
Instrumental Completo SI
4. HERIDA QUIRURGICA: LIMPIA CUBIERTA CON GASA ALEMANA Y MICROPOR.  
Cerrada ( X )  
Abierta ( )
5. Drenaje ( ) Ubicado en: NINGUNO.  
Observaciones SE COLOCA SUTURA DE ANCLAJE RAPIDO ARTROMECH.  
Firmado electrónicamente por **ALBA LUCIA PERAFAN ROJAS** -- INSTRUMENTADORA  
Identificación CC 29124924

### Notas Circulantes

**17 Julio 2008 16:05 - (CIRUGIA)**

1. Paciente Procedente de:  
Ambulatorio ( X )
2. Ingreso a Sala de Cirugía # 09 A LAS 15:00  
Caminando ( X )
3. Procedimiento Quirúrgico: ARTROSCOPIA HOMBRO DER.
4. Laboratorios Si ( ) No ( X ) Radiografías SI.
5. Se canaliza:  
Vena Periférica ( MSI )  
JELCO #20 Punciones ( 1 )  
Con Solución ( L. RINGER. )
6. El anestesiólogo Doctor ( **LUIS MIGUEL VELASQUEZ** ), Inicia inducción de anestesia: 15:15  
General ( TOT. ANILLADO #7 )  
BLOQUEO INTERESCALENICO CON ESTIMUPLEX.
7. Monitoria:  
No Invasiva ( X )
8. Se pasa Sonda Vesical # ( ) Nasoyeyunal ( ) Nasogastrica # NINGUNA.

# Historia Clínica de la Atención

## CIRUGIA

Dirección: **CRA. 38A NO. 5A - 100. TORRE A PISO 5**  
Teléfono Directo: **5550** -- Conmutador: **6821000 Ext. 5544**

Atención No. **1200904**

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

Página 4 de 7  
18-Jul-2008 15:54

9. Cirujano ( MAURICIO GUTIERREZ - ALEX ESTRADA )
10. Patología:  
Usual(NO )
11. Conteo Final : NO SE REALIZA.
12. Traslado a:  
Recuperación (1 ) A LAS 17:15
13. Nivel de Conciencia: SOMNOLIENTA. BAJO EFECTOS DE ANESTESIA GENERAL.
14. Intubado(NO )
15. Con sonda: NO.
16. Líquidos Endovenosos Permeables( X )  
Hartman ( X )
17. Herida Quirúrgica( CUBIERTA CON GASA Y MICROPORE )  
Suturada(X )  
Seca ( X )
18. Drenaje( NO )
19. Laboratorios: Si ( ) No (X )  
Video Si ( X ) No ( )  
Radiografías Si (X ) No ( )

Firmado electrónicamente por **VICTORIA EUGENIA MOSQUERA** -- CIRCULANTE  
Identificación CC 3334260

### Notas Recuperación

**17 Julio 2008 17:20 - (CIRUGIA)**

1. Recibo Paciente en: RECUPERACION POSQXCA. DE A. H.DCHO. VIENE EN:  
Camilla (X )
2. Procedente de:  
Sala de cirugía ( X ) Numero de sala
3. Acompañado por:  
Anestesiólogo: Doctor. LUIS MIGUEL VELASQUEZ  
Circulante: VICTORIA EUGENIA MOSQUERA  
Cirujano: Doctor. MAURICIO GUTIERREZ VERGARA
4. Bajo efectos de anestesia:  
General (X )
5. Se coloca:  
Oxígeno húmedo Si( X ) No( )  
Monitoria Si( X ) No( )
6. Paciente llega al servicio con:  
6.1 Herida Quirúrgica: Si( X )  
Cubierta Si( X ) CON MICROPORE TRAE INMOVILIZADOR  
Seca Si( X )
7. Líquidos Endovenosos.  
Permeables Si( X ) No( ) MSD( ) MSI( X )



# Historia Clínica de la Atención

## CIRUGIA

Dirección: **CRA. 38A NO. 5A - 100. TORRE A PISO 5**  
Teléfono Directo: **5550** -- Conmutador: **6821000 Ext. 5544**

Atención No. **1200904**

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

Página 5 de 7  
18-Jul-2008 15:54

Soluciones: Lactato Ringer( X )

8. Sondas y Cateteres NO

9. Patología: Si( ) No( X ) cantidad

10. Laboratorios: Si( X ) 3R/L

Radiografías: Si( X ) 1 SOBRE CON 4 PLACAS

11. Observaciones: RECIBO CD PARA CAMBIO DE ORDENES, EKG, FORMULA.

Firmado electrónicamente por **LUCENA AYALA C.** -- RECUPERADOR

Identificación CC 66759337

### Signos Vitales

| Fecha             | P. A.  | PAM | P. Pulm. | PPM | PVC | Temp | Pulso | F. Resp | Sat O2 | FIO2 |
|-------------------|--------|-----|----------|-----|-----|------|-------|---------|--------|------|
| 17/Jul/2008 15:15 | 119/74 |     | /        |     |     |      | 61    |         | 98     |      |
| 17/Jul/2008 17:20 | 145/78 |     | /        |     |     |      | 76    |         | 99     |      |
| 17/Jul/2008 17:30 | 129/77 |     | /        |     |     |      | 75    |         | 99     |      |
| 17/Jul/2008 17:40 | 125/81 |     | /        |     |     |      | 76    |         | 99     |      |
| 17/Jul/2008 17:50 | 134/82 |     | /        |     |     |      | 80    |         | 99     |      |
| 17/Jul/2008 18:00 | 139/91 |     | /        |     |     |      | 85    |         | 98     |      |
| 17/Jul/2008 18:15 | 135/83 |     | /        |     |     |      | 85    |         | 99     |      |
| 17/Jul/2008 18:25 | 136/83 |     | /        |     |     |      | 88    |         | 94     |      |
| 17/Jul/2008 18:35 | 131/81 |     | /        |     |     |      | 88    |         | 94     |      |
| 17/Jul/2008 18:45 | 134/79 |     | /        |     |     |      | 86    |         | 95     |      |
| 17/Jul/2008 18:55 | 133/84 |     | /        |     |     |      | 89    |         | 95     |      |
| 17/Jul/2008 19:05 | 133/77 |     | /        |     |     |      | 82    |         | 95     |      |

### Control de Medicamentos

**17 Julio 2008 16:02 - (CIRUGIA)**

15:00 L. RINGER 500CC. EV.....1

15:10 DEXAMETASONA 8MG. EN GOTEO.

15:15 KEFZOL 2GR. EN GOTEO.

15:25 BRYTEROL 4MG. EV.

15:35 L. RINGER 500CC. EV.....2

15:40 MOVIC 15MG. I.M.

15:55 NOVALGINA 2.5GR. EN GOTEO.

16:10 RANITIDINA 50MG. EV.

17:00 L. RINGER 500CC. EV.

Firmado electrónicamente por **VICTORIA EUGENIA MOSQUERA** -- CIRCULANTE

Identificación CC 3334260

**17 Julio 2008 19:30 - (CIRUGIA)**

INSULINA C 10 UDS SC ORDEN VERBAL DR VELASQUEZ.

Firmado electrónicamente por **LUZ MARY GALLEGU HERNANDEZ** -- RECUPERADOR

Identificación CC 31917409

### Egreso Recuperación

**17 Julio 2008 22:07 - (CIRUGIA)**

1. Herida. LIMPIA, SECA Y CUBIERTA CON APOSITO + MICROPOR + INMOVILIZADOR.

2. Orina Espontanea. Si( X ) No( )

3. Tolera Via oral. Si( X ) No( )

4. Dolor. Si( ) No( X ) Leve( ) Moderado( ) Fuerte( )

5. Destino.  
Ambulatorio ( X )

6. Se entrega al paciente:  
Recomendaciones( X )

## Historia Clínica de la Atención

### CIRUGIA

Dirección: **CRA. 38A NO. 5A - 100. TORRE A PISO 5**  
Teléfono Directo: **5550** -- Conmutador: **6821000 Ext. 5544**

Atención No. **1200904**

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

Página 6 de 7  
18-Jul-2008 15:54

Formula Medica(X )  
Pertenencias(X )  
Ex(X )  
Rx( X)1 SOBRE CON 4 PLACAS.

7. Observaciones:SALE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES EN SILLA DE RUEDAS.

8. Encuesta de satisfacción Si( X ) No( ) NA( )

9. Paciente sale en compañía de:

Mensajero (X )

Familiar ( X )

Paz y Salvo Si( X ) No( )

Firmado electrónicamente por **LUZ ENEYDA MINA MOSQUERA** -- RECUPERADOR  
Identificación CC 25389410

#### Notas Aclaratorias

**17 Julio 2008 19:34** - (CIRUGIA)

19:20 por orden verbal del dr luis m velasquez se hace glucometria dando resultado de 209mg/dl.ordena aplicar insulina.

Firmado electrónicamente por **LUZ MARY GALLEG0 HERNANDEZ** -- RECUPERADOR  
Identificación CC 31917409

#### Valoración Prequirurgica

**17 Julio 2008 13:58** - (EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA)

Hora de Citación: 1 PM

Responsable: JAVIER MIRA - ESPOSO

1. Ha sido operado (a), De que? Si ( ) No( )HISTERECTOMIA, CESAREAS #2, CORNETES, TUNEL CARPIANO BILATERAL

2. Fecha de la última cirugía? 11 AÑOS

3. Ha tenido problemas con el corazón, presión o diabetes? Si ( X ) No( )

4. Otras enfermedades?

5. Toma algun medicamento? Cual(es)? Si ( X ) No( )INSULINA

6. Ha tenido problemas con su respiración? Si ( X ) No( )FUMADORA PASIVA

7. Ha tenido ictericia, hepatitis ó reacción a transfusión sanguínea? Si ( ) No(X )

8. Sufre de convulsiones? Si ( ) No( X )

9. Es alérgico a algo? A que? Si ( ) No( X )

10. Tiene dientes postizos u otras prótesis? Si ( ) No( X )

11. Presenta lesiones en la piel o mucosas? Si ( ) No( X )

12. Preparación Especial:

CMI( )

Medico( )

Entrevista PreQx: Telefonica( ) Personal( X) Familiar( )

13. Observaciones: P VAL ANEST

Se Retroalimenta en:

Hora Llegada: SI( X ) NO( )

Lugar: SI(X ) NO( )

Ultima Alimentación: SI( X ) NO( )

Ayuno SI( X ) NO( )

## Historia Clínica de la Atención

### CIRUGIA

Dirección: **CRA. 38A NO. 5A - 100. TORRE A PISO 5**  
Teléfono Directo: **5550** -- Conmutador: **6821000 Ext. 5544**

Atención No.**1200904**

Paciente: **MOLINA GAITAN BLANCA EMILSE** (No Interno: **398.305**)

Página 7 de 7  
18-Jul-2008 15:54

14. Resultados de Exámenes:

Hb:14.1 Ht:41 P.T:10.4 Tp:27.1 Glicemia:248 Creatinina:0.68 Rx Tórax:  
E.C.G: Normal( X) Anormal( ) Parcial de Orina: Normal( ) Anormal( )

Persona que realiza Evaluación Prequirurgica:LUCERO PÁRAMO V.

Fecha de realización de Evaluación:JULIO 16 DE 2008

Firmado electrónicamente por **ALINA DEL CARMEN GANDARA ORTEGA** -- ENFERMERA JEFE I  
Identificación CC 45462200

Firmado Electrónicamente por **GUTIERREZ VERGARA MAURICIO**

Identificación **CC 16620693**

Especialidad **ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**

Tarjeta Profesional **17554**





## **Escala de Aldrete** **CIRUGIA**

Dirección: **CRA. 38A NO. 5A - 100. TORRE A PISO 5**  
 Teléfono: **5550** -- Conmutador: **6821000 Ext. 5544**  
 Correo Electrónico: **cirugia@imbanaco.com.co**

4716399

### **Vocación de Servicio**

Nombres del Paciente  
**BLANCA EMILSE**

Apellidos del Paciente  
**MOLINA GAITAN**

Identificación  
**CC 31282885**

Fecha  
**17 Jul, 2008 17:20**

Edad **51 Años**

Peso **N/A**

Tipo Sangre

Entidad

**COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.**

**Actividad** Capaz de mover 4 extremidades voluntariamente o a solicitud  
**Respiración** Disnea o limitación de la respiración  
**Circulación** Tensión arterial: +/- 20% del nivel pre-anestésico  
**Conciencia** Despertable al llamado  
**Saturación** Pálido, con ronchas, cetrino, ictericio (necesita inhalar O2 para mantener Saturación de O2 > 90%)  
**Total** 7  
**Fecha** 17/07/2008 17:20

Firma Electrónica

**LUCENA AYALA C.**

Identificación CC 66759337

Especialidad

frmInfFormatoProcAten.aspx 18 Jul 2008 15:55 Usuario: David Hernandez Cabas (10421) Servicio: CIRUGIA



## Escala de Aldrete

### CIRUGIA

Dirección: **CRA. 38A NO. 5A - 100. TORRE A PISO 5**  
 Teléfono: **5550** -- Conmutador: **6821000 Ext. 5544**  
 Correo Electrónico: **cirugia@imbanaco.com.co**

4716938

### Vocación de Servicio

Nombres del Paciente  
**BLANCA EMILSE**

Apellidos del Paciente  
**MOLINA GAITAN**

Identificación  
**CC 31282885**

Fecha  
**17 Jul, 2008 18:20**

Edad **51 Años**

Peso **N/A**

Tipo Sangre

Entidad

**COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.**

**Actividad** Capaz de mover 4 extremidades voluntariamente o a solicitud  
**Respiracion** Capaz de respirar profundamente y toser libremente  
**Circulacion** Tension arterial: +/- 20% del nivel pre-anestesico  
**Conciencia** Completamente despierto  
**Saturacion** Rosado (capaz de mantener saturacion O2>92% respirando aire ambiente)  
**Total** 10  
**Fecha** 17/07/2008 18:20

Firma Electrónica

**FABIOLA BERMUDEZ GONZALEZ**

Identificación CC 39645740

Especialidad

frmInfFormatoProcAten.aspx 18 Jul 2008 15:55 Usuario: David Hernandez Cabas (10421) Servicio: CIRUGIA



## Escala de Aldrete

### CIRUGIA

Dirección: **CRA. 38A NO. 5A - 100. TORRE A PISO 5**  
 Teléfono: **5550** -- Conmutador: **6821000 Ext. 5544**  
 Correo Electrónico: **cirugia@imbanaco.com.co**

4718080

### Vocación de Servicio

Nombres del Paciente  
**BLANCA EMILSE**

Apellidos del Paciente  
**MOLINA GAITAN**

Identificación  
**CC 31282885**

Fecha  
**17 Jul, 2008 22:07**

Edad **51 Años**

Peso **N/A**

Tipo Sangre

Entidad

**COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.**

**Actividad** Capaz de mover 4 extremidades voluntariamente o a solicitud  
**Respiracion** Capaz de respirar profundamente y toser libremente  
**Circulacion** Tension arterial: +/- 20% del nivel pre-anestesico  
**Conciencia** Completamente despierto  
**Saturacion** Rosado (capaz de mantener saturacion O2>92% respirando aire ambiente)  
**Total** 10  
**Fecha** 17/07/2008 22:07

Firma Electrónica

**LUZ ENEYDA MINA MOSQUERA**

Identificación CC 25389410

Especialidad

frmInfFormatoProcAten.aspx 18 Jul 2008 15:55 Usuario: David Hernandez Cabas (10421) Servicio: CIRUGIA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACIÓN,  
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES**

(Otorgado en desarrollo de la ley 23 de 1981)

16 JUL 2009

H.C. ó Reg. No. \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: Blanca Emilee Molina Gaitan

RELACIÓN MÉDICO PACIENTE: Particular ☐ Institucional ☐

FECHA: 17 julio 2009 HORA: 2:00 a.m. ☐ p.m. ☒

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Doctor H. Gutierrez para que por su intermedio en ejercicio legal de su profesión, así como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar de servicios asistenciales de la Entidad, se me practique tratamiento médico de:

Artroscopia de hombro del Maniquito  
Rotador

2. El Doctor H. Gutierrez queda autorizado para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los ya autorizados en el punto 1, si en el curso de la intervención quirúrgica o el procedimiento llegare a presentarse una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante, los haga aconsejables.

3. El consentimiento y autorización que anteceden, han sido otorgados previa evaluación que de mi estado de salud ha hecho el Doctor H. Gutierrez con el objeto de identificar mis condiciones clínico patológicas, y previa la advertencia que dicho médico me han hecho con respecto a los riesgos previstos y consecuencias que conlleva la intervención quirúrgica mencionada.

Declaro que he recibido amplias explicaciones sobre su alcance, por parte del mismo profesional.

4. Igualmente otorgo mi consentimiento para que en caso de que se requiera cirugía la anestesia sea aplicada por parte de un médico anestesiólogo escogido por mi médico o por el Centro y los autorizo para utilizar el tipo de anestesia que consideren más aconsejable de acuerdo con mi condición clínico patológica y el tipo de intervención que requiero. He sido advertido por el Doctor J. M. Mucosay sobre los riesgos que para mi caso comporta la aplicación de anestesia y he recibido satisfactorias explicaciones al respecto, por parte del mencionado profesional.

5. El Doctor H. Gutierrez queda autorizado para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, previa la toma de muestras o partes adecuadas con destino a exámenes anatomopatológicos cuya práctica solicito a mi costa.

6. Declaro que he sido advertido por el centro en el sentido de que en caso de requerir intervención quirúrgica, la práctica de la misma compromete una actividad médica de medio, pero no de resultado.

7. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

NOTA: Cuando el paciente no tiene capacidad legal para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de éste contenidas en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa y en relación con el mismo.

Blanca Emilee Molina Gaitan  
Firma del paciente  
C.C. No. 31.282.885 de Calí

[Firma]  
Firma del responsable del paciente  
C.C. No. 6.331.834 de [Firma]



## Transferencia de Pacientes ADMISIONES

|                                |                                     |                                  |
|--------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| Ingreso No.:<br><b>1200904</b> | Historia No.:<br><b>CC-31282885</b> | Fecha:<br><b>17/07/2008 10:4</b> |
| Ingresa a:<br><b>CIRUGIA</b>   |                                     | Habitación:                      |

### DATOS DEL PACIENTE

|                                                       |                                                                           |                                           |                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Primer Apellido:<br><b>MOLINA</b>                     | Segundo Apellido:<br><b>GAITAN</b>                                        | Primer Nombre:<br><b>BLANCA</b>           | Segundo Nombre:<br><b>EMILSE</b>                                                                                      |
| Documento de Identidad No.:<br><b>CC-31282885</b>     | Sexo:<br><input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M | Fecha de Nacimiento:<br><b>01/28/1957</b> | Edad: <b>51</b> <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Meses <input checked="" type="checkbox"/> Años |
| Dirección Residencia:<br><b>CARRERA 46 A NO 12 35</b> | Barrio:<br><b>PANAMERICANO</b>                                            | Teléfonos:<br><b>3345418</b>              | Nacionalidad:<br><b>COLOMBIA</b>                                                                                      |
|                                                       |                                                                           |                                           | Ciudad:<br><b>Santiago de Cali</b>                                                                                    |

### DATOS DEL RESPONSABLE

|                                               |                                         |                                                   |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Nombre:<br><b>BLANCA EMILSE MOLINA GAITAN</b> |                                         | Documento de Identidad No.:<br><b>CC-31282885</b> |
| Edad:<br><b>51 Años</b>                       | Nacionalidad:<br><b>COLOMBIA</b>        | Dirección:<br><b>CARRERA 46 A NO 12 35</b>        |
| Teléfono Oficina:                             | Teléfonos Residencia:<br><b>3345418</b> | Celular:<br><b>316-3415411</b>                    |
|                                               |                                         | Ciudad:<br><b>Santiago de Cali</b>                |

### DATOS DE LA ENTIDAD

|                                                    |                                  |                                                       |
|----------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Entidad:<br><b>COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.</b> | NIT:<br><b>805.009.741-0</b>     | Nombre Eps:<br><b>cosmiet</b>                         |
| Contrato No.:<br><b>0001</b>                       | Plan:<br><b>Programa (ORO)</b>   | No. Poliza:                                           |
|                                                    | Carnet:<br><b>AA 8488 1 00 0</b> | Tipo Afiliado:                                        |
|                                                    |                                  | Médico Tratante:<br><b>GUTIERREZ VERGARA MAURICIO</b> |

| Tipo de Orden            | Número  | %      | Entidad | Paciente | Tope | Días Hosp. |
|--------------------------|---------|--------|---------|----------|------|------------|
| Formato de Transferencia | 1200904 | 100,00 | 0,00    | 0,00     | 0,00 | 0          |

|                             |                                                                                             |                                  |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Atención por Paquete..      | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> \$                       | Motivo de la Atención: <b>CX</b> |
| Procedimiento Programado:   | <b>ARTROSCOPIA DE HOMBRO DERECHO + MANGUITO ROTADOR</b>                                     |                                  |
| Procedimiento Autorizado..: | <b>ARTROSCOPIA DE HOMBRO DIAGNOSTICA ///CAMBIO CON NOTA MEDICA, NOTA OPERATORIA Y VIDEO</b> |                                  |

#### Observaciones:

PACIENTE PRESENTA ORDEN DE CLINICA PARA CIRUGIA AMBULATORIA.  
PRESENTA ORDEN DE CIRUJANO, ANESTESIOLOGO Y DE AYUDANTE.  
COOMEVA MP CUBRE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE ACERO HASTA 5 SMMLV.  
COBERTURAS DE SUTURAS SUJETAS A AUDITORIA MEDICA CON ORDEN ADICIONAL.  
TIENE EPS CON COSMITE

#### Observaciones de no Cubrimientos:

NO CUBRE MATERIAL BIODEGRADABLE O DE TITANIO, INMOVILIZADOR, CASSETTE DE VHS O DVD, INJERTOS.

**CENTRO MEDICO IMBANACO  
DE CALI S.A.  
ADMISIONES**

Admisiones: **Solangel Hincapié**

|                                               |                              |                                    |
|-----------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| No Ingreso:<br><b>14938151</b>                | No. Historia:<br>CC-31282885 | Fecha:<br>22/01/2022 2:30:00 p. m. |
| Ingreso a:<br><b>CIRUGIA - SEDE PRINCIPAL</b> | Habitación:                  |                                    |

| DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |                                 |                                   |                                 |                                  |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------|
| Primer Apellido:<br><b>MOLINA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Segundo Apellido:<br><b>GAITAN</b> |                                 | Primer Nombre:<br><b>BLANCA</b>   |                                 | Segundo Nombre:<br><b>EMILSE</b> |                      |
| Tipo y Documento de Identidad:<br>CC-31282885                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sexo:<br>Femenino                  | Fecha Nacimiento:<br>28/01/1957 | Edad:<br>64 Años                  |                                 | Nacionalidad:<br>COLOMBIA        |                      |
| Dirección de Residencia:<br>CARRERA 46 A NO 12 35                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Barrio:<br>PANAMERICANO            |                                 | Teléfono Fijo:<br>3345418         | Celular:<br>3163415411          | Ciudad:<br>SANTIAGO DE CALI      |                      |
| Correo Electrónico:<br>JD2M26@HOTMAIL.COM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                                 |                                   |                                 |                                  |                      |
| DATOS RESPONSABLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                 |                                   |                                 |                                  |                      |
| Nombre Completo Responsable:<br>BLANCA EMILSE MOLINA GAITAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                    |                                 |                                   |                                 |                                  |                      |
| Tipo y Documento de Identidad:<br>CC-31282885                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    | Edad:<br>64 Años                |                                   | Nacionalidad:<br>COLOMBIA       |                                  |                      |
| Dirección de Residencia:<br>CARRERA 46 A NO 12 35                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    | Teléfono Fijo:<br>3345418       |                                   | Teléfono Celular:<br>3163415411 |                                  |                      |
| Dirección Oficina:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    | Teléfono:<br>3155263924         |                                   | Correo Electrónico:             |                                  |                      |
| DATOS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO (ERP)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                    |                                 |                                   |                                 |                                  |                      |
| Entidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Nit                                | Plan                            | Contrato                          | Nro. Poliza                     | Tipo Afiliado                    | Rango Salarial       |
| COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 805 009 741-0                      | Programa ORO                    | 114-2021                          | 1309701011                      |                                  |                      |
| PARTICULAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 3                                  | 1 PARTICULAR                    | 01                                |                                 |                                  |                      |
| Médico Tratante<br>CARO BEDOYA WILSON GONZALO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                                 |                                   |                                 |                                  |                      |
| DATOS DE LA AUTORIZACIÓN DE RESPONSABLE DE PAGO (ERP)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |                                 |                                   |                                 |                                  |                      |
| Tipo de Admisión: <b>PAQUETE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                 |                                   |                                 |                                  |                      |
| Paquete/Procedimiento Cotizado:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |                                 | COLECISTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA |                                 |                                  |                      |
| Valor Paquete/Procedimiento Cobrado:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                    |                                 | 3076800 000                       |                                 |                                  |                      |
| Tipo Orden                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Numero de Orden                    | %                               | Entidad                           | Paciente                        | Tope                             | Días Hospitalización |
| Formato de Transferencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 14938151                           | 100.00                          | 0.000                             | 0 000                           | 0.000                            | 0                    |
| Cirugía                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 10870242                           | 100.00                          | 0.000                             | 0 000                           | 0.000                            | 0                    |
| Honorarios de Cirujano                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 10784871                           | 100.00                          | 2480050.000                       | 0.000                           | 0.000                            | 0                    |
| Honorarios Anestesiologo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 10784871                           | 100.00                          | 992020.000                        | 0.000                           | 0.000                            | 0                    |
| Honorarios Ayudantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 10784871                           | 100 00                          | 822810.000                        | 0.000                           | 0 000                            | 0                    |
| Motivo de la Atención:<br>CIRUGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                 |                                   |                                 |                                  |                      |
| Procedimiento Programado:<br>COLECISTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA + ESPLENECTOMIA TOTAL VIA LAPAROSCOPICA + PANCREATECTOMIA DISTAL VIA LAPAROSCOPICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                 |                                   |                                 |                                  |                      |
| Procedimiento Autorizado:<br>COLECISTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA + PANCREATECTOMIA DISTAL VIA LAPAROSCOPICA + ESPLENECTOMIA TOTAL VIA LAPAROSCOPICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                 |                                   |                                 |                                  |                      |
| <b>INFORMACIÓN DE COBERTURAS Y/O GENERAL:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                                 |                                   |                                 |                                  |                      |
| Se le informa al paciente las siguientes coberturas:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                    |                                 |                                   |                                 |                                  |                      |
| PACIENTE PRESENTA AUTORIZACION DE CLINICA PARA CIRUGIA CON INTERNACION<br>AUTORIZACION DE CIRUJANO A NOMBRE DEL DOCTOR CARO BEDOYA WILSON GONZALO PARA COBRO DEL MEDICO<br>AUTORIZACION DE ANESTESIOLOGO, AYUDANTE PARA COBRO DE CADA MEDICO<br>EPS<br>NO APARECE EN EL ADRES<br>ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES ?, INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO), DERECHO DE VIDEO LAPAROSCOPIA SIN LASER - (USO), DERECHO DE SALA CIRUGIA M P DE 1 A 60 MINUTOS, 20 DERECHO DE SALA CIRUGIA DE 61 MINUTOS EN ADELANTE VALOR MINUTO HORA ADICIONAL, CASSETTE PARA V H S., VIOCRYL PLUS 1 90CMS 1-CT-1 XYVCP347H CX36 JYJ, NEXIUM X 40 MG AMP, TERMOMETRO DIGITAL ORAL MICROLIFE MT3001, 7 LIGACLIP MEDIUM-LARGE REF LT300 ETHICON, MONOSYN 3/0 DS 19 X 70 CM 0023405, CD DVD R 4 7 IMATION, DVD - R SENCILLO VERBATIM VELOCIDAD 16 X 4 7 GB 120 MIN., 4 KEFZOL X 1 G. AMP., 2 KEFZOL X 1 G. AMP., EQUIPO PARA ADMINISTRACION DEL LIQUIDOS ENDOVENOSOS INFUSOMAT REF 8700110SP, EQUIPO PARA ADMINISTRACION DEL LIQUIDOS ENDOVENOSOS INFUSOMAT REF 8700110SP, CIRUGIA<br>Derechos:<br>Sala de cirugía, Equipos Basicos, Recuperacion.<br>Insumos<br>Medicamentos, insumos y suturas según Inclusiones., AYUDAS DIAGNOSTICAS<br>Patología<br>Biopsia de Especimen Quirúrgico Mayor (1), HOSPITALIZACION<br>Derechos:<br>Hasta un (1) día de Hospitalización en piso, Insumos.<br>Medicamentos e insumos según Inclusiones., |                                    |                                 |                                   |                                 |                                  |                      |
| <b>INFORMACIÓN DE NO CUBRIMIENTOS (EXCLUSIONES):</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                    |                                 |                                   |                                 |                                  |                      |
| Se le informa al paciente las siguientes exclusiones:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |                                 |                                   |                                 |                                  |                      |
| ELEMENTOS DE USO PERSONAL, DESECHABLES<br>HONORARIO MEDICO ANESTESIOLOGO, HONORARIO MEDICO CIRUJANO, HONORARIO MEDICO AYUDANTE QUIRURGICO, LABORATORIO, ECOGRAFIA, ESCANOGRFIA, RESONANCIA MAGNETICA, RAYOS-X, HONORARIOS MEDICOS., HOSPITALIZACION<br>Excluye hospitalización en UCI y/o en UCIN, o adicional a la incluida en Piso., AYUDAS DIAGNOSTICAS<br>Excluye las ayudas diagnósticas no especificadas en la inclusiones y/o la utilización de Hemoderivados, COMPLICACIONES<br>Excluye cualquier complicación medico - quirúrgica.,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                    |                                 |                                   |                                 |                                  |                      |

4:30

13:26

Admisiones:

YORLENY BELTRAN ORDOÑEZ

**NO SE HACEN DEVOLUCIONES EN EFECTIVO SUPERIORES A CIEN MIL PESOS**

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

Cuenta Corriente \_\_\_\_\_ Ahorros \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_

a nombre de: \_\_\_\_\_ o cheque a nombre de: \_\_\_\_\_

con C.C. # \_\_\_\_\_

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

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

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

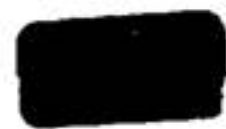
\_\_\_\_\_

Acepta

\_\_\_\_\_

C.C.





FECHA: 20-01-2022 HC: 31282885

NOMBRE DEL PACIENTE: Blanca Emilse Molina Gaitan

EDAD: DÍAS: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑOS: 64

ENTIDAD: COOMEVA

BLANCA EMILSE  
MOLINA GAITAN  
CC 31282885/64 A de Feeding  
Tel 3345418/CARRERA 46 A NO 12 35  
Serv Cirugía  
Ent COOMEVA MEDICINA  
Plan Programa ORO  
Nro Estudio 0  
Ubi SP SALAD3  
11956706

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE DEL C.M.I. Dr. / Dres.: Wilson Gonzalo Carr Bedoya

ESPECIALISTAS EN: Cirugía General - laparoscopia

X Yo, Blanca Emilse Molina Gaitan

X Identificado con la CC: X, CE: \_\_\_\_\_, PA: \_\_\_\_\_, No. 31282.885 expedida en cali

obrando en mi propio nombre o como representante legal o responsable del menor arriba identificado, por medio del presente escrito en forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento para que por parte de la Institución o de mi médico tratante, según el caso, se le practique la siguiente intervención quirúrgica y/o procedimiento y/o tratamiento médico:

Colectectomía a laparoscopia + espicetomía

Pancr. testom. a laparoscopia

, así como cualquier otra intervención o reintervención, advertida e imprevista, que a juicio del médico se haga necesaria durante su práctica o posteriormente o durante la hospitalización, para cuyos efectos hago las siguientes expresas declaraciones:

- 1) He sido informado por parte del médico tratante sobre el diagnóstico de la enfermedad que amerita la práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico que he autorizado y se me ha explicado su objetivo, conveniencia y pronóstico inicial, advirtiéndome que la medicina no es una ciencia exacta, que todo procedimiento invasivo comporta riesgos y que los resultados de la intervención / procedimiento(s), o el tratamiento médico, no dependen exclusivamente de la actividad médica o de una adecuada técnica quirúrgica/clínica sino también de las reacciones propias e individuales del organismo del paciente en cada caso, razón esta por la cual la medicina comporta obligaciones de medio con cuyo ejercicio en ningún caso pueden ser garantizados los resultados de un procedimiento o tratamiento médico.
- 2) El consentimiento que otorgo lo hago extensivo a los integrantes del equipo de salud que intervenga en la atención del caso, tales como médicos hospitalarios, profesionales interconsultados, médicos o profesionales de otras especialidades cuya intervención se requiera, enfermeras, terapistas, auxiliares de enfermería y demás personal asistencial o de apoyo para la atención del caso cuya participación sea conveniente o necesaria.
- 3) He elegido libremente a mi médico tratante y anestesiólogo o autorizo al médico tratante del caso la aceptación o escogencia de los integrantes del equipo de salud y demás personal a que se refiere el numeral anterior e

igualmente la del anestesiólogo que deba suministrar los agentes anestésicos que el caso requiera y el método o procedimiento más conveniente para tal fin de acuerdo con las condiciones y antecedentes del mismo.

- 4) Acepto la práctica de los procedimientos que se hagan necesarios para fines diagnósticos, de confirmación diagnóstica o que formen parte del tratamiento, sean invasivos o no y, requieran un consentimiento específico, éste se diligenciará por separado
- 5) Acepto la realización de los procedimientos de transfusiones sanguíneas o de componentes de la sangre (Hemoderivados) que llegaren a ser necesarias durante la intervención o en desarrollo de su evolución posterior, para lo cual se procederá a tramitar el consentimiento específico de ley, e igualmente acepto la toma de muestras y practica de biopsias si fuere del caso, antes, durante o después de la intervención principal cuya práctica he consentido, y/o durante el procedimiento y/o hospitalización.
- 6) He tenido oportunidad de dar a conocer al médico tratante mis dudas, temores e incertidumbres con respecto a la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he consentido. He recibido explicaciones al respecto en lenguaje claro que he comprendido cabalmente por su contenido apropiado para mi grado de educación y cultura. Se me ha explicado que frente a cualquier duda o temor este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, en todo o en parte, pero se me ha advertido que en tal caso asumo la responsabilidad por las consecuencias o efectos inmediatos o tardíos que llegaren a surgir sino se realiza la intervención principal programada/procedimiento/tratamiento médico.
- 7) He recibido amplias explicaciones sobre los objetivos de la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he aceptado, incluido el suministro de anestesia y se me ha transmitido la información general pertinente a los riesgos y complicaciones que pueden llegar a presentarse.
- 8) Se me ha explicado que la intervención y/o procedimiento(s) cuya práctica he aceptado comportan la afectación necesaria de las estructuras anatómicas que corresponden al campo operatorio propio de aquella o estos de acuerdo con las condiciones clínico patológicas que identifican el caso y se me ha advertido que pueden llegar a presentarse alergias medicamentosas, alteraciones de los factores de la coagulación sanguínea no identificados previamente así como afecciones cardiopulmonares inesperadas o reacciones imprevisibles a los agentes anestésicos.
- 9) Se me ha informado que, a pesar de la adecuada elección de la técnica quirúrgica o procedimental que el caso requiera y que no obstante su práctica adecuada, pueden llegar a presentarse efectos indeseables, tanto en el campo propio de la intervención programada, como en relación con aquellos que podrían afectar otros órganos o sistemas no comprometidos directamente por el objetivo o propósito de la cirugía o los procedimientos cuya práctica se ha consentido, sino que pueden estar relacionados con las condiciones vitales individuales del paciente, tal como puede suceder, por vía de ejemplo, en casos de pacientes afectados por diabetes, cardiopatías, hipertensión, edad avanzada, obesidad, anemia y otros factores no identificados con los resultados de los exámenes previos a la intervención programada o desconocidos por el paciente o no divulgados por éste a su médico tratante. Durante la intervención se espera un sangrado normal en el área quirúrgica pero hay casos en los cuales el paciente presenta sangrado abundante que puede llegar a ser anormal con múltiples manifestaciones y efectos imprevisibles. En algunos casos los tejidos del área intervenida presentan características débiles que los hacen friables lo cual puede llegar a comprometer la seguridad de las suturas. Pueden llegar a manifestarse procesos infecciosos endógenos, es decir originados en el propio organismo del paciente, o exógenos generados por microorganismos presentes en el ambiente de cualquier medio hospitalario en el mundo, a pesar de las medidas rutinarias de higienización, asepsia y antisepsia. Durante el postoperatorio inmediato o mediato pueden presentarse manifestaciones de dolor en el área intervenida o en zonas circunvecinas previas a la recuperación estimada para el caso por el médico tratante y/o afectaciones del funcionamiento normal del órgano, órganos o estructuras anatómicas comprometidas con la intervención. Pueden formarse hematomas en las áreas intervenidas o presentarse manifestaciones inesperadas de cicatrización de las heridas quirúrgicas.
- 10) Se me ha informado que existen riesgos imprevisibles o imprevenibles, así como riesgos de muy difícil previsión los cuales, por serlo no pueden ser advertidos. Los riesgos de los procedimientos invasivos cuando se presentan con características de graves pueden ser generadores de complicaciones que a pesar de los esfuerzos de los especialistas tratantes y de la utilización de los recursos disponibles para contrarrestarlas, podrían llegar a

BLANCA EMILSE  
MOLINA GAITAN  
CC 31282805/84 R. de Femenino  
Tel 3345418/CARRERA 46 A NO 12 35

Servicio Cirugía  
Ent. COHEVA MEDICINA  
Plan. Programa ORO  
No. Estudio 0  
UOI ISP RECUP-13

11956706



comprometer de forma temporal o permanente las condiciones de salud del paciente y, en casos extremos, su propia vida.

11) Acepto que si se me retira en un procedimiento material de osteosíntesis de mi cuerpo por desgaste de funcionamiento o por defectuoso funcionamiento aunque no exista desgaste, dicho material podrá ser donado a un Banco de elementos de Osteosíntesis o desechado por inservible por parte del CMI. En los casos de retro por incompatibilidad con el organismo o porque ya cumplió su función estando en buen estado, dicho material se le entregará a quien lo haya suministrado (Aseguradora, Paciente o Responsable). En caso de prótesis cosméticas estas se destruyen. De todo lo anterior se deja constancia.

12) Se advierten de forma general los siguientes riesgos no excluyentes de otros imprevisibles de forma concreta:

Senopredo

PISTULAS

INFECCIÓN

PROBLEMA DE UCI

BLANCA EMILSE  
MOLINA GAITAN  
CC 31282885/64 A es/Femenino  
Tel 3348418/CARRERA 46 A NB 12 35



Serv Cirugía  
Ent COOMEVA MEDICINA  
Plan Programa ORO  
Nro Estudio 0  
Unl SP RECUP-13

11956706

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ☒ NO: ☐

Nombre y firma del paciente o persona que otorga este consentimiento:

☒ BLANCA EMILSE MOLINA GAITAN

☒ C.C. No. 31.282.885

De CAI

☒ Dirección Cra 46A #12-35 B/PANAMERICANO

Ciudad CAI

☒ Testigo: JULIAN DAVID HIRA MOLINA

☒ C.C. No. 1.107.048.725

De CAI

☒ Dirección Cra 46A #12-35

Ciudad CAI

Médico(s): Wilson GARCIA CON B


C.C. No. 6690660 De CAI

Reg. Médico: \_\_\_\_\_

C.C. No. \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_

Reg. Médico: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

|                                                                                                     |                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| BLANCA EMILSE<br>MOLINA GAITAN<br>CC 31202895/64 A es/Femenino<br>Tel 3345419/CARRERA 46 A NO 12 35 |                                                                                              |
|                  | Serv Cirugía<br>Ent COONEVA MEDICINA<br>Plan Programa ORD<br>NroEstudio 8<br>Ubi SP RECUP-13 |
| 11956706                                                                                            |                                                                                              |

- 1- He sido informado (a) en el sentido de que mi Historia Clínica bien sea durante mi tratamiento o después de haber egresado del Centro Médico Imbanaco de Cali S.A., podría ser utilizada, con mi consentimiento, como documento de referencia para estudios de investigación aprobados por el comité de ética en investigación del CMI, teniendo en cuenta las resoluciones 8430 de 1.993 y 2378 de 2.008 y, las guías de buenas prácticas clínicas. Con este único fin autorizo que mi Historia Clínica pueda ser conocida por terceros que tengan a cargo la correspondiente investigación siempre y cuando se trate de profesionales calificados o sus colaboradores y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes. Este consentimiento no comprende la autorización para investigaciones en las cuales se utilicen mis tejidos y/o muestras que no hayan sido explícitamente autorizadas.

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ☒ NO: ☐

- 2- Autorizo de requerirse se anexen a mi Historia Clínica fotografías de mi proceso de atención, salvaguardando mi identidad.

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ☒ NO: ☐

- 3- Autorizo que las fotografías anteriormente aceptadas puedan ser utilizadas con fines académicos, científicos y de investigación y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, salvaguardando mi identidad, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes.

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento SI: ☒ NO: ☐

### CONSTANCIA DEL NO CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y SUS RESPONSABLES

El paciente o responsable identificado en la primera parte de este documento, manifiesta expresamente que no otorga el consentimiento para la práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimiento y/o tratamiento médico y declara que asume la responsabilidad legal plena por los efectos de esta decisión, la cual ha sido tomada después de haber escuchado y entendido de Parte del Doctor: \_\_\_\_\_  
los riesgos que para mi salud comporte esta decisión.

Nombre y firma del paciente o persona que otorga este consentimiento:

C.C. No. \_\_\_\_\_ De: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

C.C. No. \_\_\_\_\_ De: \_\_\_\_\_

Médico(s): \_\_\_\_\_

C.C. No. \_\_\_\_\_ De: \_\_\_\_\_ Reg. Médico: \_\_\_\_\_





**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL CONTEXTO DE LA INFECCIÓN POR COVID-19**

BLANCA EMILSE  
MOLINA GAITÁN  
CC 31282885/64 A de/Faseo/Ino  
Tel 3345418/CARRERA 46 A NO 12 35  
Serv Cirugía  
Ent COOHEVA MEDICINA  
Plan Programa ORD  
Nro Estudio 0  
Ubi SP SALAD3  
11956706

FECHA: 20-04-2022  
NOMBRE DEL PACIENTE: Blanca Emilsa Molina Gaitán HC: 31282885  
EDAD: 64 años ENTIDAD: Cooveva  
NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE DEL C.M.I. Dr / Dres: Walter García Cu B  
ESPECIALISTAS EN: Quirúrgica General - Laparoscópica

**INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL CONTEXTO DE LA INFECCIÓN POR COVID-19**

En el contexto actual de transmisión de la infección por COVID-19, y a la luz de las limitadas evidencias procedentes de estudios y publicaciones preliminares con un número reducido de casos y en entornos diferentes al nuestro, se ha observado que la tasa de complicaciones, sobre todo en procedimientos quirúrgicos complejos, con anestesia general y en pacientes con patologías concomitantes, puede ser moderadamente elevada. Estas complicaciones adicionales pudieran aparecer tanto en el supuesto de infección sintomática por COVID-19, como siendo portador asintomático no detectado a pesar de las pruebas de cribado clínico, radiológico y microbiológico practicado, toda vez que la sensibilidad de estas no es del 100%. Asimismo, hay circunstancias especiales que favorecen la transmisión y posible gravedad de la infección del COVID-19, como son pacientes con edad avanzada, pacientes con enfermedades concomitantes y/o pacientes con inmunosupresión.

Adicional a los riesgos propios de la intervención relacionados en el consentimiento específico del procedimiento, el propósito de esta información adicional es que Usted esté informado sobre los riesgos de su intervención quirúrgica en el contexto de esta emergencia sanitaria excepcional (sin precedentes) para que, de esta manera, pueda tomar la decisión, libre, consciente y voluntaria, de autorizar o de rechazar el procedimiento.

Si bien nos es imposible conocer con certeza el riesgo que implica demorar más la cirugía frente al riesgo de llevarla a cabo con una infección COVID-19, en su caso concreto, el equipo médico que le atiende, así como el conjunto de profesionales que ha valorado su caso, considera que los beneficios potenciales del procedimiento a realizar superan a los riesgos, por lo que le proponemos ser intervenido en este momento.

**Riesgos del procedimiento en el contexto de la infección por COVID-19**

- Trombosis diseminada y lesión pulmonar moderada o severa (distrés respiratorio). Esta última complicación pudiera incluso llegar a requerir intubación orotraqueal y ventilación mecánica, las cuales se asocian a complicaciones específicas (principalmente neumonía y broncoaspiración), llevando incluso en casos muy poco frecuentes al fallecimiento.

Para contribuir a que la cirugía se realice en condiciones de mayor seguridad, en CENTRO MÉDICO IMBANACO S.A. se han adoptado los protocolos y las medidas de prevención establecidas por las autoridades sanitarias y por el Grupo Quirónsalud para reducir el riesgo de infección tanto como sea posible, así como para atender a su post-operatorio con la mayor seguridad clínica.

Yo, Blanca Emilsa Molina Gaitán Identificado con la CC X CE    PA    No 31.282885  
expedida en Coli

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

Colangiograma + Laparoscopia + Resección de

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

1. Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, de la situación de la infección por COVID-19 en relación con la cirugía que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
2. He tenido oportunidad de dar a conocer al médico tratante mis dudas, temores e incertidumbres con respecto a la intervención y/o procedimiento(s), cuya práctica he consentido. He recibido explicaciones al respecto en lenguaje claro que he comprendido cabalmente por su contenido apropiado para mi grado de educación y cultura. Se me ha explicado que frente a cualquier duda o temor este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, en todo o en parte, pero se me ha advertido que en tal caso asumo la responsabilidad por las consecuencias o efectos inmediatos o tardíos que llegaren a surgir sino se realiza la intervención programada.
3. Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse, por el acto quirúrgico propiamente dicho o por complicaciones de la intervención pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
4. Que consiento la realización de dicha cirugía, siendo consciente de los riesgos de la posible infección por COVID-19 que pudiese sufrir, a pesar del cribado y de todas las precauciones establecidas en los protocolos internos del CENTRO MÉDICO IMBANACO S.A.
5. Se me ha advertido e informado de mi responsabilidad para seguir a cabalidad las recomendaciones dadas por el profesional de la salud, como parte del cuidado y plan de tratamiento acordado para mi recuperación. Los efectos que se presenten producto de acciones contrarias a las indicaciones médicas, no se asumirán como responsabilidad del profesional de la salud.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL CONTEXTO DE LA INFECCIÓN POR COVID-19

BLANCA EMILSE  
MOLINA GAITAN  
CC 31282885/64 A 05/Femenino NO 12 35  
Tel 3345418/CARRERA 46 A  
Serv Cirugía  
Ent COOMEVA MEDICINA  
Plan Programa ORO  
Nro Estudio 6  
Ubl SP RECUP-13  
11956706  
vigencia 2020-06-08

8. Manifiesto que se me ha informado sobre la política de tratamiento de datos personales, la cual se encuentra disponible para ser consultada en la página web [www.imbanaco.com/privacidad/](http://www.imbanaco.com/privacidad/) y que, con respecto a mis datos personales podre ejercer en cualquier momento mis derechos de acceso, rectificación y supresión ante el Centro Médico Imbanaco, utilizando uno de los canales habilitados como el correo electrónico [privacidad@imbanaco.com.co](mailto:privacidad@imbanaco.com.co).

### CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

- 1- He sido informado (a) en el sentido de que mi Historia Clínica bien sea durante mi tratamiento o después de haber egresado del Centro Médico Imbanaco de Cali S.A., podría ser utilizada, con mi consentimiento, como documento de referencia para estudios de investigación aprobados por el comité de ética en investigación del Centro Médico Imbanaco, teniendo en cuenta las resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2008, las guías de buena practica clinica y la Ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos. Con este único fin autorizo que mi Historia Clínica pueda ser conocida por terceros que tengan a cargo la correspondiente investigación siempre y cuando se trate de profesionales calificados o sus colaboradores y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes. Este consentimiento no comprende la autorización para investigaciones en las cuales se utilicen mis tejidos y/o muestras que no hayan sido explícitamente autorizadas. En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento SI ☒ NO ☐
- 2- Autorizo de requerirse se anexen a mi Historia Clínica fotografías de mi proceso de atención, salvaguardando mi identidad. En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento SI: ☒ NO ☐
- 3- Autorizo que las fotografías anteriormente aceptadas puedan ser utilizadas con fines académicos, científicos y de investigación y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, salvaguardando mi identidad, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes. En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento SI: ☒ NO ☐

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento

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

BLANCA EMILSE MOLINA GAITAN

CC ☒ CE ☐ PA ☐ No 31282885

Testigo JULIAN DAVID NIZA MOLINA

CC ☒ CE ☐ PA ☐ No 1.107.048.725

Dirección CRAVGA #12-35

De Cali Ciudad Cali

FECHA Y HORA DE FIRMA DEL CONSENTIMIENTO:

Médico(s) LUIS CARLOS AMB

CC No 1269066

De Cali

Reg Médico

CC No

De

Reg Médico

### DISENTIMIENTO INFORMADO (NO CONSENTIMIENTO)

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

Nombre y Firma del Paciente/Representante Legal/Responsable

CC No De

Testigo

CC No De

FECHA Y HORA DE FIRMA DEL DISENTIMIENTO

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



Ciudad / Fecha: 23/01/22 Hora: 00:00 Habitación: 609

Yo \_\_\_\_\_ identificado con C.C# \_\_\_\_\_ y mi  
acompañante (responsable del paciente),  
identificado con C.C# \_\_\_\_\_

**Conociendo:**

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

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

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

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

**Me comprometo a:**

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

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

3) Si soy acompañante único y debo permanecer de forma permanente en la habitación, puedo consumir mis alimentos dentro de ella y debo informar de esta situación al personal asistencial para que me sea suministrado el permiso.

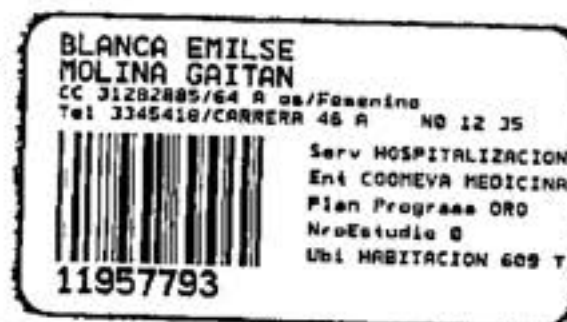
Yo me comprometo a cumplir lo que aquí se encuentra escrito.

Firma del responsable del Paciente: \_\_\_\_\_

CC # 1107048725

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

CC # \_\_\_\_\_



[illegible]



BLANCA EMILSE  
MOLINA GAITAN  
CC 31282885/64 R os/Feminino  
Tel 3345418/CARRERA 45 R

  
11957793

Serv HOSPITALIZACION  
Ent COOREVA MEDICINA  
Plan Programa ORD  
NroEstudio 0  
UDI HABITACION 805 T

| ENTREGA DE TURNO DE MF CAMENTOS    |                 |          |   |          |   |          |   |          |   | Página 1/1<br>Código R-HOSP-055<br>Versión N° 3<br>Fecha de Actualización febrero 2020 |   |          |   |          |   |   |
|------------------------------------|-----------------|----------|---|----------|---|----------|---|----------|---|----------------------------------------------------------------------------------------|---|----------|---|----------|---|---|
| Dx: Pop okla                       |                 |          |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
| Plan de LEV: 10 x 1000cc a 170cc/h |                 |          |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
| Fecha de Equipos: 22-01-22         |                 |          |   |          |   |          |   |          |   | Fecha de venopuncion. MSI 23-01-22                                                     |   |          |   |          |   |   |
| Alergias: 710m00b1                 |                 |          |   |          |   |          |   |          |   | Medico Tratante: (uro)                                                                 |   |          |   |          |   |   |
| MEDICAMENTO                        | Dosis y Horario | dd/mm/aa |   | dd/mm/aa |   | dd/mm/aa |   | dd/mm/aa |   | dd/mm/aa                                                                               |   | dd/mm/aa |   | dd/mm/aa |   |   |
|                                    |                 | M        | T | N        | M | T        | N | M        | T | N                                                                                      | M | T        | N | M        | T | N |
| DOSIS                              | HORARIO         | R        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
|                                    |                 | A        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
|                                    |                 | F        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
|                                    |                 | D        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
|                                    |                 | E        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
|                                    |                 | V        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
| DOSIS                              | HORARIO         | R        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
|                                    |                 | A        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
|                                    |                 | F        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
|                                    |                 | D        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
|                                    |                 | E        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
|                                    |                 | V        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
| DOSIS                              | HORARIO         | R        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
|                                    |                 | A        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
|                                    |                 | F        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
|                                    |                 | D        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
|                                    |                 | E        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
|                                    |                 | V        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
| DOSIS                              | HORARIO         | R        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
|                                    |                 | A        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
|                                    |                 | F        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
|                                    |                 | D        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
|                                    |                 | E        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
|                                    |                 | V        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
| DOSIS                              | HORARIO         | R        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
|                                    |                 | A        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
|                                    |                 | F        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
|                                    |                 | D        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
|                                    |                 | E        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
|                                    |                 | V        |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
| R: Recibe                          |                 |          |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
| A: Administra                      |                 |          |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
| F: Lo que llega de farmacia.       |                 |          |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
| D: Devolutivos                     |                 |          |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
| E: Entrega                         |                 |          |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
| V: verificación.                   |                 |          |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
| NOMBRE LEGIBLE ENTREGA             |                 |          |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |
| NOMBRE LEGIBLE RECIBE              |                 |          |   |          |   |          |   |          |   |                                                                                        |   |          |   |          |   |   |

/Fasefino  
 148 A NO 12 35  
 SERV HOSPITALIZACION  
 ENT COOMEVA MEDICINA  
 Plan Progreso ORD  
 NoEstudio 8  
 Ubi HABITACION 608 T

## ENTREGA DE TURNO DE MÉDICAMENTOS

Página 1/1  
Código: R-HOSP-055  
Versión N°. 3  
Fecha de Actualización:

Dx: Pop coliclap

Plan de LEV: 1 x 1000cc a 120cc h

Fecha de Equipos: 22-01-27

**Alergias:** Trámado



Fecha de venopuncion: H3J 22-01-22

Medico Tratante: CA 10

| MEDICAMENTO           | Dosis y Horario              |
|-----------------------|------------------------------|
| Losartan<br>x 30mg    | 50mg<br><br>8-20             |
| mefenorex<br>x 30mg   | 50mg<br><br>10-22            |
| Gabapentin<br>x 300mg | 300mg<br><br>12              |
| Cy 1000cc             |                              |
| CSO-a/1<br>x 1000cc   |                              |
| R Recibe              | NOMBRE LEGIBLE ENTREGA       |
| A Administra          | F: lo que llega de farmacia. |
| D Devolutivos         | E: Entrega.                  |
| V verificación        |                              |





|                                                                                                                                                 |                                                            |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>Centro Médico Imbanaco</b><br/>Vocación de Servicio</p> | <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSION SANGUINEA</b> | Página: 1/3<br>Código R-<br>Versión No<br>Fecha de vi | <div> <div> <b>BLANCA EMILSE MOLINA GAITAN</b><br/> <small>CC 31282885/64 A es/Femenino<br/>Tel 3345418/CARRERA 46 A NO 12 35</small> </div>  <div> <small>Serv Cirugía<br/>Ent COONEVA MEDICINA<br/>Plan Programa ORO<br/>HroEstudio B<br/>Ubi SP SALADJ</small> </div> </div> <div> <b>11956706</b> </div> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FECHA: 22 Enero 2022

NOMBRE DEL PACIENTE: Blanca Emilse Molina HC: 11956706

EDAD: 64 ENTIDAD: COONEVA PROORO

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE DEL C M I Dr / Dres \_\_\_\_\_

ESPECIALISTAS EN \_\_\_\_\_

**PROCEDIMIENTO TRANSFUSION SANGUINEA**

Durante su ingreso al CENTRO MÉDICO IMBANACO puede ser necesaria la transfusión de sangre y otros hemoderivados, como plasma, plaquetas y crioprecipitado, bien porque se precise durante una intervención quirúrgica. O bien porque tenga una enfermedad en la que se necesiten transfusiones.

Cuando el Doctor ha decidido ponerle sangre u otro producto sanguíneo es porque ha sopesado el beneficio de hacerlo frente a los riesgos que conlleva la transfusión, considerando, en este caso, que, si no se pusiera la sangre, los problemas que podrían sucederle son muy superiores a los nesgos que en teoría pueden aparecer con la transfusión. No obstante, usted <000001>, como paciente, tiene derecho a conocer estos nesgos y a decidir por sí mismo si acepta ponerse sangre o no, o si hay alguna otra alternativa.

**¿EN QUE CONSISTE LA TRANSFUSION SANGUINEA?**

La transfusión sanguínea consiste en la administración de sangre humana o alguno de sus componentes como plasma o plaquetas, a los pacientes que lo precisen. Se administra a través de una vena como si fuera suero.

**Riesgos de la transfusión sanguínea**

Algunos nesgos asociados a las transfusiones son:

- Reacciones alérgicas: Son con frecuencia leves y se tratan fácilmente
- Fiebre. Normalmente se presenta en pacientes que han recibido transfusiones previamente o que han estado embarazadas alguna vez.
- Reacciones hemolíticas: Estas reacciones destruyen los glóbulos rojos transfundidos. Estas reacciones son raras, pero pueden ser graves y ocasionar hemorragia e insuficiencia renal
- Infección: La sangre y sus derivados proceden de personas que gozan de buena salud, son personas que por donar no reciben compensación económica alguna. Todos los donantes son seleccionados con criterio médico y la sangre se estudia cuidadosamente con los análisis que exigen las leyes. Cualquier unidad de sangre o hemoderivado que vaya usted a recibir habrá sido analizado para el SIDA (Anticuerpos anti-HIV) para la hepatitis (hepatitis B/C), para la sífilis. Pero es imposible eliminar por completo el riesgo de enfermedades contagiosas contenidas en la sangre donada.

Antes de la transfusión, el CENTRO MÉDICO IMBANACO analizará la sangre donada para asegurarse de que sea compatible con su grupo sanguíneo. Esto evitará el riesgo de reacción inmediata de destrucción de glóbulos rojos transfundidos. Sin embargo, no hay forma de analizar la sangre del donante para detectar sustancias que puedan causar alergias en ciertos pacientes.

**Riesgos de no recibir una transfusión**

Si usted no tiene suficientes glóbulos rojos, es posible que algunas partes de su cuerpo no reciban oxígeno suficiente. La falta de oxígeno podría dañar permanentemente los órganos vitales como el corazón o el cerebro. Puede ser necesaria una transfusión para evitar dicho daño. Su médico recomendará una transfusión si es necesario.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios médicos y técnicos están disponibles para dar atención.

**Beneficios del Procedimiento.**

Reemplazar la sangre que se pierde a causa de una cirugía o de una lesión. La transfusión de sangre también puede ser útil cuando una enfermedad impide que el cuerpo produzca sangre o algunos de los componentes sanguíneos de forma adecuada.

**Alternativas del tratamiento:**

Administración de medicamentos que aumenten el número de células o impidan o limiten el sangrado, hormonas, suplementos dietarios.



BLANCA EMILSE  
MOLINA GAITAN  
CC 31282885/64 A os/Femenino  
Tel 3345419/CARRERA 46 A NO 12 35



11956706

Serv Cirugía  
Ent COONEVA MEDICINA  
Plan Programa ORO  
NroEstudio 2  
Unl SP RECUP-13

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSION SANGUINEA

Página 2/3  
Código: R-GCL-189  
Versión No. 1  
Fecha de vigencia 2020-08-08

Yo, Blanca Emilse Molina Gaitan Identificado con la CC. 31282885/64, CE:  
PA: 31282885/64 No. 31282885/64 expedida en Cali

Obrando en mi propio nombre o como representante legal o responsable del menor arriba identificado, por medio del presente escrito en forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento para que por parte de la Institución o de mi médico tratante, según el caso, se le practique el siguiente procedimiento y/o tratamiento médico.

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

- 1 El consentimiento que otorgo lo hago extensivo a los integrantes del equipo de salud que intervenga en la atención del caso, tales como médicos hospitalarios, médicos o profesionales de otras especialidades cuya intervención se requiera, enfermeras, terapeutas, auxiliares de enfermería y demás personal asistencial o de apoyo para la atención del caso cuya participación sea conveniente o necesaria
- 2 Acepto la realización del procedimiento de transfusión sanguínea o de componentes de la sangre (Hemoderivados), como parte de mi tratamiento con el propósito de mejorar mi estado de salud y comprendo los riesgos que esto implica a pesar de que la sangre fue seleccionada de personas que no reciben ninguna compensación y ha sido cuidadosamente examinada de acuerdo con los estándares científicos actuales para evitar la transmisión de infecciones, reacciones inmunes, contaminación bacteriana, entre otros, encontrándola adecuada.
- 3 Comprendo que las transfusiones se pueden realizar con sangre donada por otros (transfusión alogénica) o mi propia sangre (transfusión autóloga) y he tenido oportunidad de dar a conocer al médico tratante mis dudas, temores e incertidumbres con respecto al procedimiento y/o tratamiento médico, cuya práctica he consentido. He recibido explicaciones al respecto en lenguaje claro que he comprendido cabalmente por su contenido apropiado para mi grado de educación y cultura. Se me ha explicado que frente a cualquier duda o temor este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, en todo o en parte, pero se me ha advertido que en tal caso asumo la responsabilidad por las consecuencias o efectos inmediatos o tardíos que llegaren a surgir.
- 4 Se me ha informado que existen riesgos imprevisibles, así como riesgos de muy difícil previsión los cuales, por serlo no pueden ser advertidos y pueden requerir manejo médico y/o interrupción de la transfusión. Los riesgos de los procedimientos cuando se presentan con características de graves pueden ser generadores de complicaciones que a pesar de los esfuerzos de los especialistas tratantes y de la utilización de los recursos disponibles para contrarrestarlas, podrían llegar a comprometer de forma temporal o permanente mis condiciones de salud y, en casos extremos, mi propia vida.
- 5 Declaro que he dado a conocer al personal asistencial información veraz sobre mis antecedentes personales, alérgicos, medicamentosos, patológicos y sospecha de embarazo. Certifico que he seguido cabalmente las recomendaciones o preparación ordenadas por el personal asistencial para la realización de la atención/procedimiento/tratamiento médico programado, así como también he informado de los medicamentos que actualmente recibo.
- 6 Se me ha advertido e informado de mi responsabilidad para seguir a cabalidad las recomendaciones dadas por el profesional de la salud, como parte del cuidado y plan de tratamiento acordado para mi recuperación. Los efectos que se presenten producto de acciones contrarias a las indicaciones médicas, no se asumirán como responsabilidad del profesional de la salud.
- 7 Manifiesto que se me ha informado sobre la política de tratamiento de datos personales, la cual se encuentra disponible para ser consultada en la página web [www.imbanaco.com/privacidad/](http://www.imbanaco.com/privacidad/) y que, con respecto a mis datos personales podré ejercer en cualquier momento mis derechos de acceso, rectificación y supresión ante el Centro Médico Imbanaco, utilizando uno de los canales habilitados como el correo electrónico [privacidad@imbanaco.com.co](mailto:privacidad@imbanaco.com.co)

**CASOS DE EMERGENCIA** Debido a la condición clínica de mi paciente, o que ésta constituye una amenaza vital, no he proporcionado al paciente la información suficiente para ser considerada como Consentimiento Informado y he procedido a ordenar la administración de sangre o de hemoderivados indicados.

Fecha y hora: \_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSION SANGUINEA

Página  
Código  
Versión  
Fecha

BLANCA EMILSE  
MOLINA GAITAN  
CC 31282885/64 A os/Femenino  
Tel 3345418/CARRERA 46 A NO 12 35  
Serv Cirugía  
Ent COOMEVA MEDICINA  
Plan Programa ORO  
NeoEstudio 0  
Ubi SP RECUP-13  
11956706

### CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

- 1- He sido informado (a) en el sentido de que mi Historia Clínica bien sea durante mi tratamiento o después de haber egresado del Centro Médico Imbanaco de Cali S.A., podría ser utilizada, con mi consentimiento, como documento de referencia para estudios de investigación aprobados por el comité de ética en investigación del Centro Médico Imbanaco, teniendo en cuenta las resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2 008, las guías de buena prácticas clínicas y la Ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos. Con este único fin autorizo que mi Historia Clínica pueda ser conocida por terceros que tengan a cargo la correspondiente investigación siempre y cuando se trate de profesionales calificados o sus colaboradores y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes. Este consentimiento no comprende la autorización para investigaciones en las cuales se utilicen mis tejidos y/o muestras que no hayan sido explícitamente autorizadas. En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. Si: ☒ SI ☐ NO
- 2- Autorizo de requerirse se anexen a mi Historia Clínica fotografías de mi proceso de atención, salvaguardando mi identidad. En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. Si: ☒ SI ☐ NO
- 3- Autorizo que las fotografías anteriormente aceptadas puedan ser utilizadas con fines académicos, científicos y de investigación y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, salvaguardando mi identidad, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes. En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. Si: ☒ SI ☐ NO

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento

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

*Blanca Emilse Molina Gaitan* *Blanca Emilse Molina G.*

CC: 31.282.885 De Cali

Testigo: \_\_\_\_\_ CC \_\_\_\_\_ CE \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

De \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

FECHA Y HORA DE FIRMA DEL CONSENTIMIENTO: \_\_\_\_\_

Médico(s): \_\_\_\_\_

C C No \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ Reg. Médico: \_\_\_\_\_

C.C. No. \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ Reg. Médico \_\_\_\_\_

### DISENTIMIENTO INFORMADO (NO CONSENTIMIENTO)

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

Nombre y Firma del Paciente/Representante Legal /Responsable \_\_\_\_\_

CC No \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

CC No. \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_

FECHA Y HORA DE FIRMA DEL DISENTIMIENTO \_\_\_\_\_

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



|                                              |                                                                                             |                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Clínica Imbanaco</b><br>Grupo Quironsalud | <b>LISTA DE CHEQUEO PARA EL INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES AL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN</b> | Página: 1 de 2<br>Código: R-HOSP-014<br>Versión: 5                                                                                                                                                            |
|                                              |                                                                                             | BLANCA EMILSE MOLINA GAITAN<br>CC 31282885/64 A es/Femenino NO 12 35<br>Tel 3345418/CARRERA 46 A<br>Serv HOSPITALIZACIÓN<br>Ent COONEVA MEDICINA<br>Plan Programa ORD<br>NroEstudio 8<br>Ubi HABITACION 609 T |

**Objetivo:** Validar las condiciones de ingreso del paciente mediante la aplicación del cumplimiento de prácticas clínicas seguras en su atención hospitalaria y asegurar la educación al paciente y su familia.

FECHA: 23/01/22 HORA: 00:00 HAB.: 609

| No. | ITEMS DE VERIFICACIÓN EN EL RECIBO DEL PACIENTE                                                                                   |   |   |   |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| 1   | Recibo paciente correcto en la habitación asignada                                                                                | ✓ |   |   |
| 2   | Paciente tiene brazalete con datos de identificación correctos (Nombres y apellidos, así como número de identificación)           | ✓ |   |   |
| 3   | Paciente tiene sticker lila que identifica riesgo de caída                                                                        | ✓ |   |   |
| 4   | Paciente tiene sticker naranja que identifica alergias                                                                            |   |   | ✓ |
| 5   | Paciente tiene hoja de transferencia con identificadores correctos.                                                               | ✓ |   |   |
| 6   | Paciente con signos vitales estables al ingreso a su hospitalización                                                              | ✓ |   |   |
| 7   | Paciente con órdenes médicas de hospitalización registradas en la historia clínica                                                | ✓ |   |   |
| 8   | Paciente con consentimiento informado firmado correctamente diligenciado                                                          | ✓ |   |   |
| 9   | Cuando el paciente toma medicamentos en casa, se deja registrado en Kardex la conciliación medicamentosa que el médico autorice   | ✓ |   |   |
| 10  | Paciente con punción venosa permeable                                                                                             | ✓ |   |   |
| 11  | Paciente presenta signos de flebitis en la punción venosa                                                                         |   | ✓ |   |
| 12  | Paciente presenta piel íntegra                                                                                                    | ✓ |   |   |
| 13  | Si ingresa materna con recién nacido, reviso en el Recién Nacido Actividad, color de piel, estado del ombligo y estado del pañal. |   |   | ✓ |

**EDUCACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA**

La siguiente información y educación que va a recibir le gustaría que fuera (L) Específica (Detallada) o de manera (H) General. Además aprendería más si fuera (A)- Escuchada (V)- Leída (K)- Explicada

| Se realizó entrega y educación SOBRE: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SI | NO | N/A | VAL. | R |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|------|---|
| 1                                     | Inventario de la habitación y se le explica al paciente, familiar y/o acompañante el uso de llamado de enfermería, teléfono, TV, cama hospitalaria, aire acondicionado y control remoto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ✓  |    |     | 1    |   |
| 2                                     | Manejo del cajón de seguridad de la habitación, dando las indicaciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ✓  |    |     | 1    |   |
| 3                                     | a) El uso permanente (SIEMPRE) de la manilla de identificación durante la estancia hospitalaria del paciente<br>b) La importancia de que el personal deberá realizarse SIEMPRE Higiene de manos antes de la atención del paciente<br>c) El cumplimiento de los Derechos y deberes del paciente y se entrega folleto educativo<br>d) El Plan de Evacuación y emergencias y se entrega folleto educativo.<br>e) La clasificación correcta de residuos (Recipiente Gris-rojo-verde) y se entrega folleto educativo.<br>f) El sistema para dejar una queja y/o sugerencia de la atención<br>g) La Guía Hospitalaria y el uso durante su estancia<br>h) El registro en la nota de enfermería de la información, educación realizada y manejo oportuno del dolor. | ✓  |    |     | 1    |   |

| En casos de requerirlo se entrega y/o brinda educación sobre: |                                                                                                                           |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 4                                                             | Folleto y sensibilización de cuidados de la madre en el postquirúrgico.                                                   |  |  |  |  |  |
| 5                                                             | Folleto y sensibilización de la lactancia materna                                                                         |  |  |  |  |  |
| 6                                                             | Folleto y sensibilización de cuidados en el RN                                                                            |  |  |  |  |  |
| 7                                                             | Caso de requerir llevar al RN a algún procedimiento por fuera de la habitación siempre debe ir acompañado de un familiar. |  |  |  |  |  |

Val.: Validación a través de mencionar los ítems en forma de pregunta, con un puntaje de (1) si se responde de manera adecuada y (0) si no se responde  
 R: Refuerzo La educación se reforzará después del 5to día de estancia Si uno de los ítems dio como resultado cero (0), se deberá efectuar refuerzo inmediatamente

Yo, Juan Mira identificado con la cédula de ciudadanía 1102046723 recibí la educación antes mencionada, verificando mi comprensión con preguntas frente a cada tema y autorizo al equipo de salud del Centro Médico Imbanaco a brindar información sobre mi estado clínico  
Ajamer Mira, parentesco: padre esposa  
 parentesco:  números de contacto 3167405868

Firma del paciente y/o familiar responsable: [Firma]

Nombre del personal de enfermería que recibe el paciente: [Firma]



|                                                             |                                                                                             |                                                                         |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>Clínica Imbanaco</b><br><small>Grupo Quironsalud</small> | <b>LISTA DE CHEQUEO PARA EL INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES AL PROCESO DE HOSPITALIZACION</b> | Página: 2 de 2<br>Código: R-HOSP-014<br>Versión: 6<br>Fecha: Julio 2020 |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ HAB.: \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BLANCA EMILSE<br>MOLINA GAITAN<br>CC 31282885/64 A es/Femenino<br>Tel 3345418/CARRERA 46 A NO 12 35<br><br>11957793 | Serv HOSPITALIZACION<br>Ent CDONEVA MEDICINA<br>Plan Programa ORD<br>NroEstudio 8<br>Ubi HABITACION 608 T |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| No. | ACTIVIDADES AL EGRESO DEL PACIENTE                                                                                                                                                                                                         | SI | NO | N/A |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|
| 1   | Reviso orden de salida, Formula médica e incapacidad firmada por el médico tratante, así como diligenciamiento de la encuesta de satisfacción al usuario                                                                                   |    |    |     |
| 2   | Explico a pacientes y/o acompañante tramites de egreso.                                                                                                                                                                                    |    |    |     |
| 3   | Entrego ayudas diagnósticas y autORIZACIONES que se requieren para el egreso dejando Evidencia de recibido.                                                                                                                                |    |    |     |
| 4   | Entrego formula médica con la correspondiente explicación de la administración de medicamentos en casa a paciente y/o acompañante dejando evidencia con firma de recibido                                                                  |    |    |     |
| 5   | Brndo educación a paciente y/o acompañante sobre, cuidados en casa, alimentación, signos de alarma, dejando evidencia en Historia Clínica de enfermería (nota de educación)                                                                |    |    |     |
| 6   | Brndo educación a paciente y/o acompañante sobre cuidados y manejo de sondas, ostomia, heridas, catéter central, dejando evidencia en Historia Clínica, la nota de educación por el personal a cargo (Terapia Enterostomal y/o Enfermería) |    |    |     |
| 7   | Se entrega impreso nota de PLAN DE CUIDADOS POST- HOSPITALARIOS                                                                                                                                                                            |    |    |     |
| 8   | Realizo retiro de catéter venoso periférico, sondas, según orden médica                                                                                                                                                                    |    |    |     |
| 9   | Recibo inventario de habitación, verifico que no queden pertenencias del paciente, solicito firma de recibo de habitación con nombre legible y fecha                                                                                       |    |    |     |
| 10  | Realizo nota de enfermería de egreso en Historia Clínica Sistematizada, indicando estado clínico del Paciente al salir del servicio.                                                                                                       |    |    |     |
| 11  | Verifico entrega de llave de cajón de seguridad                                                                                                                                                                                            |    |    |     |

OBSERVACIONES

Paciente egresa con Hospital en Casa SI NO /

Yo, Blanca Emilse Molina identificado con cédula número 31.282.885 recibí formula médica con las explicaciones correspondientes por parte del profesional de Salud

Firma: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA \_\_\_\_\_

BLANCA EMILSE  
MOLINA GAITAN  
CC 31282885/64 A es/Femenino NO 12 35  
Tel 3345418/CARRERA 48 A

Serv HOSPITALIZACIÓN  
Ent COOHEVA MEDICINA  
Plan Programa ORO  
Nro Estudio 0  
Ubi HABITACIÓN 609 T

11957793

|                                                             |                                                                       |                                                                         |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>Clínica Imbanaco</b><br><small>Grupo Quironsalud</small> | <b>VALORACIÓN RIESGO DE CAÍDAS DEL PACIENTE Y MEDIDAS PREVENTIVAS</b> | Página: 1/2<br>Código: R-HOSP-012<br>Versión No: 5<br>Fecha: Enero 2020 |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

| APLICAR ESTAS MEDIDAS PREVENTIVAS DIARIAMENTE EN LOS PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDA                                                                                                                                 | 1 <sup>er</sup> Día | 2 <sup>o</sup> Día | 3 <sup>er</sup> Día | 4 <sup>o</sup> Día | 5 <sup>o</sup> Día | 6 <sup>o</sup> Día | 7 <sup>o</sup> Día |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| <b>SEMANA 1. FECHA:</b> 27/01/20                                                                                                                                                                                   |                     |                    |                     |                    |                    |                    |                    |
| 1. El paciente tiene colocado el Sticker LILA en la manilla de identificación que alerta sobre el riesgo de caída del paciente y se realiza educación al paciente y familia sobre el significado del Sticker LILA. | /                   | /                  |                     |                    |                    |                    |                    |
| 2. Se solicita al paciente y familia/acompañante que siempre informen a las auxiliares de enfermería cuando el paciente se va a movilizar fuera de la cama. (Debe ser con movilización asistida).                  | /                   | /                  |                     |                    |                    |                    |                    |
| 3. Se mantienen las barandas de la cama <b>SIEMPRE ARRIBA</b> y se educa al paciente para que no baje las barandas y use el timbre de llamado de enfermería cuando requiera moverse                                | /                   | /                  |                     |                    |                    |                    |                    |
| 4. Se mantiene la altura de la cama en el nivel más bajo.                                                                                                                                                          | /                   | /                  |                     |                    |                    |                    |                    |
| 5. Acompañar el paciente <b>SIEMPRE</b> al baño. Si el paciente no lo permite (por el respeto a sus derechos y a su privacidad) no dejarlo solo hasta asegurarse de que está bien sujeto a los soportes            | /                   | /                  |                     |                    |                    |                    |                    |
| 6. Se informa al paciente la importancia del uso del timbre cuando necesite levantarse y que solo la auxiliar de enfermería puede bajar las barandas de la cama.                                                   | /                   | /                  |                     |                    |                    |                    |                    |
| 7. Se informa a la familia que el paciente debe permanecer con un (1) acompañante <b>PERMANENTEMENTE</b> .                                                                                                         | /                   | /                  |                     |                    |                    |                    |                    |
| 8. Se informa al paciente y su familia sobre la importancia del autocuidado del paciente y seguir las medidas preventivas                                                                                          | /                   | /                  |                     |                    |                    |                    |                    |
| <b>NOMBRE DE AUX. ENFERMERÍA QUE APLICA LOS CUIDADOS:</b>                                                                                                                                                          |                     |                    |                     |                    |                    |                    |                    |
| <b>FIRMA DEL ACOMPAÑANTE QUE RECIBE LA EDUCACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS:</b>                                                                                                                    |                     |                    |                     |                    |                    |                    |                    |

609

BLANCA EMILSE  
MOLINA GAITAN

CC 31202805/64 A ca/Femenino  
Tel 3345410/CARRERA 46 A NO 12 35



11957793

Serv HOSPITALIZACION  
Ent COOHEVA MEDICINA  
Plan Programa ORO  
NroEstudio 0  
Ubi HABITACION 609 T

**Clínica  
Imbanaco**  
Grupo Quironsalud

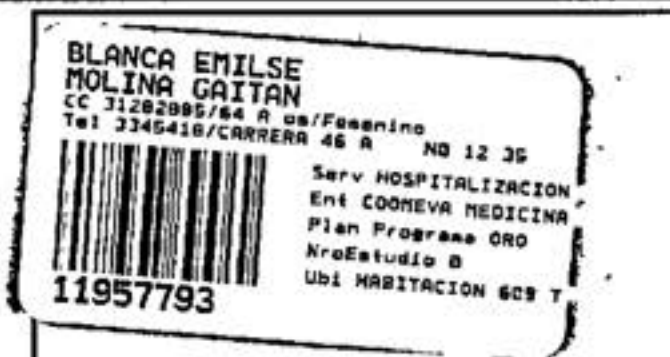
## VALORACIÓN RIESGO DE CAÍDAS DEL PACIENTE Y MEDIDAS PREVENTIVAS

Página: 1/2  
Código: R-HOSP-012  
Versión No: 5  
Fecha: Enero 2020

| APLICAR ESTAS MEDIDAS PREVENTIVAS DIARIAMENTE EN LOS PACIENTES<br>CON RIESGO DE CAÍDA                                                                                                                                             | 8 <sup>o</sup> Día | 9 <sup>o</sup> Día | 10 <sup>o</sup> Día | 11 <sup>o</sup> Día | 12 <sup>o</sup> Día | 13 <sup>o</sup> Día | 14 <sup>o</sup> Día |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| <b>SEMANA 2. FECHA:</b>                                                                                                                                                                                                           |                    |                    |                     |                     |                     |                     |                     |
| 1. El paciente tiene colocado el Sticker <b>LILA</b> en la manilla de identificación que alerta sobre el riesgo de caída del paciente y se realiza educación al paciente y familia sobre el <b>significado del Sticker LILA</b> . |                    |                    |                     |                     |                     |                     |                     |
| 2. Se solicita al paciente y familia/acompañante que siempre informen a las auxiliares de enfermería cuando el paciente se va a movilizar fuera de la cama. (Debe ser con movilización asistida).                                 |                    |                    |                     |                     |                     |                     |                     |
| 3. Se mantienen las barandas de la cama <b>SIEMPRE ARRIBA</b> y se educa al paciente para que no baje las barandas y use el timbre de llamado de enfermería cuando requiera moverse                                               |                    |                    |                     |                     |                     |                     |                     |
| 4. Se mantiene la altura de la cama en el nivel más bajo.                                                                                                                                                                         |                    |                    |                     |                     |                     |                     |                     |
| 5. Acompañar al paciente <b>SIEMPRE</b> al baño. Si el paciente no lo permite (por el respeto a sus derechos y a su privacidad) no dejarlo solo hasta asegurarse de que está bien sujeto a los soportes                           |                    |                    |                     |                     |                     |                     |                     |
| 6. Se informa al paciente la importancia del uso del timbre cuando necesite levantarse y que solo la auxiliar de enfermería puede bajar las barandas de la cama                                                                   |                    |                    |                     |                     |                     |                     |                     |
| 7. Se informa a la familia que el paciente debe permanecer con un (1) acompañante <b>PERMANENTEMENTE</b> .                                                                                                                        |                    |                    |                     |                     |                     |                     |                     |
| 8. Se informa al paciente y su familia sobre la importancia del autocuidado del paciente y seguir las medidas preventivas.                                                                                                        |                    |                    |                     |                     |                     |                     |                     |
| <b>NOMBRE DE AUX. ENFERMERÍA QUE<br/>APLICA LOS<br/>CUIDADOS:</b>                                                                                                                                                                 |                    |                    |                     |                     |                     |                     |                     |
| <b>FIRMA DEL ACOMPAÑANTE QUE RECIBE LA EDUCACIÓN Y<br/>CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS:</b>                                                                                                                               |                    |                    |                     |                     |                     |                     |                     |



Servicio: Hospitalización  
Fecha de Ingreso: 23/01/22



*Evaluar los criterios clínicos durante estadía del paciente, en cada turno*

**VALORACIÓN DEL RIESGO DE FLEBITIS**

Si el paciente requiere acceso venoso realice la siguiente valoración  
Cuide de no dejar espacios en blanco. Su respuesta debe ser SI o NO

Fecha:

23/01/22

| 1. CONDICIONES ASOCIADAS AL PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | SI           | NO                                  |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---|---|
| a. Edad: Edades extremas de la vida ( $\leq 3$ años o $\geq 65$ años).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |   |   |   |
| b. Estado nutricional: Obesidad y/o Sobrepeso - Deshidratación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |   |   |   |
| c. Estado de la piel en el sitio de venopunción: Presencia de hematomas y/o edemas, piel tensa, frágil, diaforesis, multipunciones, lesiones, quemaduras                                                                                                                                                                                                                                        |  |              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |   |   |   |
| d. Comorbilidades: Diabetes, Enfermedad Vascular Periférica, Alteraciones de la Coagulación, Amputación completa de miembros(s) superior(es), Vaciamiento ganglionar.                                                                                                                                                                                                                           |  |              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |   |   |   |
| e. Estado de la conciencia: Demencia, Estado Confusional, Paciente Agitado, Sedado, Estuporoso                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |   |   |   |
| 2. CONDICIONES ASOCIADAS A TERAPIA ENDOVENOSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | SI           | NO                                  |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |   |   |   |
| En el tratamiento hay medicamentos flebiticos (Ver Listado Oficial)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |   |   |   |
| El paciente requiere la infusión de altos volúmenes - velocidades de infusión $\geq 90$ mL / hora                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |   |   |   |
| El paciente se encuentra recibiendo actualmente tratamiento con quimioterapia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |   |   |   |
| 3. CONDICIONES ASOCIADAS AL SITIO DE VENOPUNCION.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | SI           | NO                                  |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |   |   |   |
| Zona anatómica de flexión no recomendada (muñeca, fosa antecubital, pliegues, yugular)                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |   |   |   |
| <p>Si el paciente cumple con uno o más de los ítems anteriormente descritos, <b>ACTIVE</b> el Protocolo para Riesgo de Flebitis.</p> <p>Coloque el <b>AVISO VERDE</b> en la placa continua a la cama del paciente, rotule con <b>STICKER VERDE</b> la mezcla del medicamento flebitico</p> <p>Del mismo modo coloque el <b>ADHESIVO VERDE</b> en la manilla de identificación del paciente.</p> |  |              |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |   |   |   |
| Aplicar estas Medidas Preventivas por turno, en los pacientes con Riesgo de Flebitis                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Fecha: 22-01 | Fecha: 23-01                        | Fecha: 24-01                        | Fecha:                              |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | M            | T                                   | N                                   | M                                   | T                                   | N                                   | M                                   | T                                   | N                                   | M | T | N |
| Realice <b>SEGUIMIENTO CONTINUO AL ACCESO VENOSO Y SITIO DE INSERCIÓN</b> e identifique que esté en óptimas condiciones (permeabilidad del catéter, piel, inmovilización y equipo).                                                                                                                                                                                                             |  |              |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |   |
| <b>APLIQUE ESCALA VISUAL</b> de valoración de flebitis: Escala de <b>MADDOX</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |              |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |   |
| <b>IDENTIFIQUE</b> con el <b>COLOR VERDE</b> el riesgo de flebitis en la manilla del paciente y en la placa continua a la cama                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |              |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |   |
| <b>REALICE IRRIGACIÓN DEL CATÉTER</b> antes y después de la administración de medicamentos y transfusiones                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |              |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |   |
| <b>BRINDE EDUCACIÓN AL PACIENTE</b> sobre los cuidados del catéter, el significado de los identificadores de riesgo y los signos de alarma asociados a flebitis, solicitándole especialmente que ante la presencia de cualquier signo, se informe inmediatamente al personal                                                                                                                    |  |              |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |   |
| Para inicio de <b>QUIMIOTERAPIA</b> o paso de <b>HEMODERIVADOS</b> , use un <b>ACCESO VENOSO EXCLUSIVO DE GRAN CALIBRE</b> .                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |              |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |   |
| Realice notas <b>CLARAS, COMPLETAS y OPORTUNAS</b> describiendo el manejo de los accesos venosos                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |              |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |   |
| Ante el riesgo inminente de <b>FLEBITIS</b> , se <b>SUGIERE AL MÉDICO DE TURNO LA NECESIDAD DE UN ACCESO DE LÍNEA MEDIA O UN CATÉTER CENTRAL</b> , dejando evidencia de las notas de enfermería                                                                                                                                                                                                 |  |              |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |   |
| Nombre del colaborador que aplica las medidas preventivas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |              |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |   |   |   |
| Nombre del familiar y/o acompañante que recibe la educación y cumplimiento de medidas preventivas                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |              |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |   |   |   |

**Observaciones:**

Servicio: Hospitalización  
Fecha de Ingreso: 23/01/22


BLANCA EMILSE  
MOLINA GAITAN  
CC 31202885/64 A es/Femenino  
Tel 3345418/CARRERA 46 A NO 12 35  
Serv HOSPITALIZACIÓN  
Ent COONEVA MEDICINA  
Plan Programa ORD  
Nro Estudio 0  
Ubi HABITACION 609 T  
11957793

Evaluar los criterios clínicos durante estadía del paciente, en cada turno

| VALORACIÓN DEL RIESGO DE FLEBITIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        | Fecha: |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|
| <p><b>Si el paciente requiere acceso venoso realice la siguiente valoración</b><br/>Cuide de no dejar espacios en blanco. Su respuesta debe ser SI o NO</p>                                                                                                                                                                                                  |        |        |        |
| <b>1. CONDICIONES ASOCIADAS AL PACIENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |        | SI     | NO     |
| a. Edad: Edades extremas de la vida ( $\leq 3$ años o $\geq 65$ años).                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |        |        |
| b. Estado nutricional: Obesidad y/o Sobrepeso - Deshidratación                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |        |        |
| c. Estado de la piel en el sitio de venopunción: Presencia de hematomas y/o edemas, piel tensa, frágil, diaforesis, multipunciones, lesiones, quemaduras                                                                                                                                                                                                     |        |        |        |
| d. Comorbilidades: Diabetes, Enfermedad Vascular Periférica, Alteraciones de la Coagulación, Amputación completa de miembros(s) superior(es), Vaciamiento ganglionar                                                                                                                                                                                         |        |        |        |
| e. Estado de la conciencia: Demencia, Estado Confusional, Paciente Agitado, Sedado, Estuporoso                                                                                                                                                                                                                                                               |        |        |        |
| <b>2. CONDICIONES ASOCIADAS A TERAPIA ENDOVENOSA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |        |        |
| En el tratamiento hay medicamentos flebiticos (Ver Listado Oficial)                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |        |        |
| El paciente requiere la infusión de altos volúmenes - velocidades de infusión $\geq 90$ mL / hora                                                                                                                                                                                                                                                            |        |        |        |
| El paciente se encuentra recibiendo actualmente tratamiento con quimioterapia                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |        |        |
| <b>3. CONDICIONES ASOCIADAS AL SITIO DE VENOPUNCION.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |        |        |
| Zona anatómica de flexión no recomendada (muñeca, fosa antecubital, pliegues, yugular)                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |        |        |
| <p>Si el paciente cumple con uno o más de los ítems anteriormente descritos, ACTIVE el Protocolo para Riesgo de Flebitis:<br/>Coloque el AVISO VERDE en la placa continua a la cama del paciente, rotule con STICKER VERDE la mezcla del medicamento flebitico<br/>Del mismo modo coloque el ADHESIVO VERDE en la manilla de identificación del paciente</p> |        |        |        |
| <p><b>Aplicar estas Medidas Preventivas por turno, en los pacientes con Riesgo de Flebitis</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                           | Fecha: | Fecha: | Fecha: |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | M      | T      | N      |
| Realice SEGUIMIENTO CONTINUO AL ACCESO VENOSO Y SITIO DE INSERCIÓN e identifique que esté en óptimas condiciones (permeabilidad del catéter, piel, inmovilización y equipo).                                                                                                                                                                                 |        |        |        |
| APLIQUE ESCALA VISUAL de valoración de flebitis. Escala de MADDOX                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |        |        |
| IDENTIFIQUE con el COLOR VERDE el riesgo de flebitis en la manilla del paciente y en la placa continua a la cama                                                                                                                                                                                                                                             |        |        |        |
| REALICE IRRIGACIÓN DEL CATÉTER antes y después de la administración de medicamentos y transfusiones.                                                                                                                                                                                                                                                         |        |        |        |
| BRINDE EDUCACIÓN AL PACIENTE sobre los cuidados del catéter, el significado de los identificadores de riesgo y los signos de alarma asociados a flebitis, solicitándole especialmente que ante la presencia de cualquier signo, se informe inmediatamente al personal                                                                                        |        |        |        |
| Para inicio de QUIMIOTERAPIA o paso de HEMODERIVADOS, use un ACCESO VENOSO EXCLUSIVO DE GRAN CALIBRE.                                                                                                                                                                                                                                                        |        |        |        |
| Realice notas CLARAS, COMPLETAS y OPORTUNAS describiendo el manejo de los accesos venosos                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |        |        |
| Ante el riesgo inminente de FLEBITIS, se SUGIERE AL MÉDICO DE TURNO LA NECESIDAD DE UN ACCESO DE LÍNEA MEDIA O UN CATÉTER CENTRAL, dejando evidencia de las notas de enfermería                                                                                                                                                                              |        |        |        |
| Nombre del colaborador que aplica las medidas preventivas                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |        |        |
| Nombre del familiar y/o acompañante que recibe la educación y cumplimiento de medidas preventivas                                                                                                                                                                                                                                                            |        |        |        |
| Observaciones:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |        |        |



# Clínica Imbanaco

Grupo  quilónsalud

Sede Principal: Carrera 38Bis No. 5B2 - 04 / Cali

## ENTREGA Y RECIBO DE INVENTARIO HABITACIÓN

Fecha, 23/01/22

Habitación: 609

Nombre Paciente: María Emilse. Alfaro

Recibí conforme el inventario SI ☐ NO ☒

Persona que entrega la habitación:

[Firma]  
Nombre

Persona que recibe la habitación:

[Firma] α 1107048725.  
Nombre y Firma C.C. No

Señor(a) paciente:

Le rogamos el favor que antes de dejar la habitación solicite su Paz y Salvo del inventario en la estación de enfermería, y revise el estado de sus pertenencias, luego diligencie lo siguiente:

Entrega inventario completo SI ☐ NO ☐ Porque: \_\_\_\_\_

Entrega Control Remoto T.V. SI ☐ NO ☐ Porque \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, certifico que he retirado todos mis objetos personales exonerando a la clínica de cualquier reclamo posterior.

Firma paciente quien entrega

Firma quien recibe

X

C.C. No 6.331.836 gd.

Fecha

C.C. No.



[illegible]

22 13 12 24

Amk

\* 5/501  
\* 2/2

CC No.

de

Clínica Imbanaco

Grupo Quirónsalud

Página 1/1  
Código R-HOSP-007  
Versión No. 3  
Fecha de creación, Febrero 2020

INVENTARIO DE HABITACIÓN

BLANCA EMILSE  
MOLINA GAITAN

CC 31282885/64 A 08/Femenino  
Tel 3345418/CARRERA 46 A NO 12 J5



11957793

Serv HOSPITALIZACION  
Ent COOMEVA MEDICINA  
Plan Programa ORO  
NroEstudio 8  
Ubi HABITACION 609 T

| INGRESO                                                                                                             |      |                                     |                          | EGRESO                                 |      |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------|------|--------------------------|--------------------------|
| DESCRIPCION                                                                                                         | CANT | SI                                  | NO                       | DESCRIPCION                            | CANT | SI                       | NO                       |
| Telefono                                                                                                            | 1    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Telefono                               | 1    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nochero en buen estado                                                                                              | 1    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nochero en buen estado                 | 1    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Guia Hospitalaria del Paciente                                                                                      | 1    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Guia Hospitalaria del Paciente         | 1    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Control llamado Enf. Paciente                                                                                       | 1    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Control llamado Enf. Paciente          | 1    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tensiometro                                                                                                         | 1    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tensiometro                            | 1    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bomba de infusion + soporte + cargador                                                                              | 2    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bomba de infusion + soporte + cargador | 2    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Flujometro                                                                                                          | 1    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Flujometro                             | 1    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Canister                                                                                                            | 1    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Canister                               | 1    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Platon para baño                                                                                                    | 1    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Platon para baño                       | 1    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jarra medidora (Gramurio)                                                                                           | 1    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jarra medidora (Gramurio)              | 1    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jarra para agua (Azul)                                                                                              | 1    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jarra para agua (Azul)                 | 1    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pato Coprologico                                                                                                    | 1    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pato Coprologico                       | 1    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orinal                                                                                                              | 1    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Orinal                                 | 1    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rifonera                                                                                                            | 1    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rifonera                               | 1    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Silla Rimax en buen estado                                                                                          | 1    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Silla Rimax en buen estado             | 1    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Timbre rojo llamado Enf. baño                                                                                       | 1    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Timbre rojo llamado Enf. baño          | 1    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Televisor en buen estado                                                                                            | 1    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Televisor en buen estado               | 1    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Control TV                                                                                                          | 1    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Control TV                             | 1    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Decodificador TV                                                                                                    | 1    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Decodificador TV                       | 1    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Paredes en buen estado                                                                                              | 1    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Paredes en buen estado                 | 1    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Persianas en buen estado                                                                                            | 1    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Persianas en buen estado               | 1    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sofa cama en buen estado                                                                                            | 1    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sofa cama en buen estado               | 1    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Silla reclinomatica con control                                                                                     | 1    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Silla reclinomatica con control        | 1    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Almohadas                                                                                                           | 4    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Almohadas                              | 4    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fundas                                                                                                              | 4    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fundas                                 | 4    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sabanas cama Paciente                                                                                               | 2    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sabanas cama Paciente                  | 2    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toalla                                                                                                              | 1    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Toalla                                 | 1    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cobijas                                                                                                             | 2    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cobijas                                | 2    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Llaves closet                                                                                                       | 1    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Llaves closet                          | 1    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Caja de seguridad                                                                                                   | 1    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Caja de seguridad                      | 1    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| RECIBE <i>Julian David Mira</i>                                                                                     |      |                                     |                          | RECIBE                                 |      |                          |                          |
| ENTREGA <i>Procedee</i>                                                                                             |      |                                     |                          | ENTREGA <i>x</i>                       |      |                          |                          |
| FECHA INGRESO <i>23/01/22</i>                                                                                       |      |                                     |                          | FECHA EGRESO                           |      |                          |                          |
| Observaciones EL DAÑO O PERDIDA DEL CONTROL DEL TV LO DEBE ASUMIR EL PACIENTE (FAMILIAR), EN CUANTO SE LE ENTREGUE. |      |                                     |                          |                                        |      |                          |                          |
| Nota: El inventario de habitación debe ser diligenciado al Ingreso y Egreso del paciente                            |      |                                     |                          |                                        |      |                          |                          |

# Valoración pre-anestésica

Registro de Anestesia Página 1/1 Código R-CIR-041 Versión 001 Diciembre 2019

## Clínica Imbanaco

Grupo Quirónsalud

### DATOS DEL PACIENTE

Fecha de diligenciamiento B 17/22 Fecha de cirugía B 22/22 Hora 12:00

Nombres y Apellidos Blanca Emilse Molina Gaitan Sexo ☒ F ☐ M Edad 6X Día(s) 6 Mes(es) 12 Año(s) 2022 Ocupación Profesora Entidad Quirónsalud

Diagnóstico HTA Procedimiento Cesárea Cirujano Dr. Cano

### ANTECEDENTES

QUIRÚRGICOS Hemorragia - Infección De mioplasma Kohn

ANESTÉSICOS (General Regional) NVPO - Hipotermia Dolor incontrolado - Incomiso - Agitación

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

Medicamentos HTA Dislipidémicos DM Insulina Depresivos

Alérgicos DM Depresivos

ANTECEDENTES FAMILIARES. Problemas de anestesia - Alergias - Hemorragias - Hipercoagulación - Arritmias - Musculares - Otros

### EXAMEN FÍSICO

Apariencia general 112/65 ☐ Sentado ☐ Decúbito 16 72 37 62 1.57 IMC

Cabeza y cuello: Lentes de contacto ☒ No ☐ Si Masas en cuello ☐ Si ☒ No Apertura Oral ☒ > 3cm ☐ < 3cm Mallampati 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 D Tiromentoniana ☒ > 6.5cm ☐ < 6.5cm D Esternomentoniana ☒ > 12cm ☐ < 12cm Prótesis ☒ No ☐ Si

Abdomen BLD

Tórax: Ruidos cardíacos ☒ Normal ☐ Anormal Explique. Auscultación pulmonar ☒ Normal ☐ Anormal Explique.

Extremidades: Fácil venopunción para tiquidos endovenosos - Insuficiencia venosa - Edemas - Test de Allen Oh

Espalda: Fácil para conductiva Oh

Otros Oh

EXÁMENES

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

PLANES

Riesgo ASA II NYHA I Glasgow 15 Otras 15

Preoperatorio: Premedicación Basica Ayuno 15 Profilaxis TVP/TEP. 15 Profilaxis antibiótica (PPS): 15 Hemoderivados Preparación de colon. ☐

Monitoria Basica Compresión neumática: ☐

Postoperatorio: Analgesia Basica Ambulatorio ☒ Hospitalizado ☐ Intermedio ☐ UCI ☐ UCI-Pediátrica ☐ UCI-RN ☐

Interconsultas: Basica Otros Basica

Nombre del anestesiólogo y firma [Firma]



# consentimiento para procedimientos anestésicos

BLANCA EMILSE  
MOLINA GAITAN  
CC 31282985/64 R 05/Fessanino  
Tel 3345418/CARRERA 46 A NO 12 35  
11956706

banaco  
Quirónsalud

Yo, Blanca Emilse Molina Gaitan identifico  
No. 31.282.885, por la presente autorizo a los anes  
Médico Imbanaco, a realizar en mí o en el (la) paciente \_\_\_\_\_ el procedimiento  
intervención quirúrgica \_\_\_\_\_

Serv Cirugía  
Ent COOHEVA MEDICINA  
Plan Programa ORD  
NoEstudio 8  
UBI SP RECUP-13

logía del Centro  
para la siguiente

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

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

- ☐ **Técnica general y sedación:** Complicaciones de la instrumentación y manejo de la vía aérea, lesión de labios y/o dientes, laringoespasma, broncoespasmo, neumonía, bronco aspiración, efectos colaterales de medicamentos, hipotermia, hipertermia, alteraciones cognitivas y psicomotoras, sueños o recuerdos intraoperatorios, infarto, tromboembolismo pulmonar, embolia cerebral, arritmias, convulsiones, paro cardiorespiratorio y muerte.
- ☐ **Técnica conductiva neuroaxial:** Hematoma, absceso epidural, meningitis, lesión neurológica, cefalea, lumbalgia, síntomas neurológicos transitorios, neurotoxicidad de anestésicos locales y agentes aditivos, vejiga miogénica o retención urinaria, paro cardiorespiratorio y muerte. Además se me explica el manejo del dolor con analgesia peridural ambulatoria con bombas PCA la cual tiene los mismos riesgos de la técnica conductiva.
- ☐ **Bloqueos Regionales:** Neurotoxicidad, lesión neurológica, complicaciones sistémicas y vasculares, dolor, limitación funcional, daño ocular, quemaduras o esconaciones piel, paro cardiorespiratorio y muerte.

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

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

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

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

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

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

PACIENTE/ PERSONA RESPONSABLE TESTIGO  
Firma: [Firma] Firma: [Firma]  
Documento de identidad: Tipo [ ] No 31.282.885 Nombre [ ]  
Documento de identidad: Tipo [ ] No [ ]

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

MÉDICO ANESTESIOLOGO

Firma  
Sello

Fecha de diligenciamiento

DD MM AA

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

## Evaluación previa a la inducción

Fecha: 22/12/22 ASA II TA 121 FC 72 FR 18 TEMP 36.5 Sat 92

Medicamentos

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

- ¿Tiene tos o catarro? Si ☐ No ☒ ¿Esta orinando bien? Si ☒ No ☐ Tiene heridas o pus en la piel? Si ☐ No ☒  
¿Ha tenido cefalea o mareos? Si ☐ No ☒ ¿Tiene cólicos abdominales o diarrea? Si ☐ No ☒  
¿Tiene algo que agregar usted que considere importante, antes de la anestesia? Si ☐ No ☒ Esta usted en ayuno? Si ☒ No ☐  
¿Cuánto tiempo de Ayuno? 7h Tiene exámenes solicitados en la pre-anestesia pendientes? Si ☐ No ☒  
¿Cuáles? [ ]

Firma del médico

## Diagnosics

Fecha \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_

## Procedimiento

|                |  |
|----------------|--|
| Anestesiólogos |  |
| Cirujano       |  |
| Ayudante       |  |
| Instrumentador |  |
| Circulante     |  |

## Clínica Imbanaco

**Grupo Quiroñsalud**

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

| GASES SANGUÍNEOS |    |                  |                  |                  |     |    |     |  |  |
|------------------|----|------------------|------------------|------------------|-----|----|-----|--|--|
| Hora             | pH | pCO <sub>2</sub> | paO <sub>2</sub> | HCO <sub>3</sub> | SAT | BE | LAC |  |  |
|                  |    |                  |                  |                  |     |    |     |  |  |
|                  |    |                  |                  |                  |     |    |     |  |  |
|                  |    |                  |                  |                  |     |    |     |  |  |
|                  |    |                  |                  |                  |     |    |     |  |  |

| BALANCE DE LÍQUIDOS  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|
| Eliminados           |  |  |  |  | Administrados   |  |  |  |  |
| Deficit              |  |  |  |  | Lactato Ringer  |  |  |  |  |
| Pérdidas Insensibles |  |  |  |  | Solución salina |  |  |  |  |
| Dureas               |  |  |  |  | Coloides        |  |  |  |  |
| Sangrado             |  |  |  |  | Sangre          |  |  |  |  |
| Otros                |  |  |  |  | Globulos rojos  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |  | Otros           |  |  |  |  |
| Total                |  |  |  |  | Total           |  |  |  |  |

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

UCIM ☐ UCI ☐ UCH-P ☐ UCH-RM

| Tiempo              |  |
|---------------------|--|
| Inicio de anestesia |  |
| Inicio de cirugía   |  |
| Fin cirugía         |  |
| Fin anestesia       |  |

[illegible]



# Traslado de quirófano a la Unidad de Cuidados Postanestésicos

Clínica Imbanaco

Grupo Quirónsalud

BLANCA EMILSE  
MOLINA GAITAN  
CC 31282885/64 A es/Femenino  
Tel 3345418/CARRERA 46 A NO 12 35



11956706

Serv Cirugía  
Ent COONEVA MEDICINA  
Plan Programa ORO  
Nro Estudio 0  
Ubi SP SALAD

Hora de traslado

Complicaciones Intraoperatorias

INGRESA CON

☐ Canalización  
venosa

☐ Canalización  
arterial

☐ Hemovac

☐ Catéter Pendural

☐ Catéter Central

☐ Sonda Vesical

☐ Tubo Endotraqueal

☐ Tubo de Tórax

☐ Sonda Nasogástrica Drenaje

☐ Otro(s), ¿ Cual(es)?

## VALORACIÓN DE ACUERDO ANESTESIA RECIBIDA A LA SALIDA DEL QUIRÓFANO

### ESCALA DE ALDRETTE

|                                   |   |                                                                      |
|-----------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------|
| SP02                              | 2 | Capaz de mantener saturación de oxígeno mayor a 92% en aire ambiente |
|                                   | 1 | Requiere oxígeno para mantener saturación de oxígeno mayor a 90%.    |
|                                   | 0 | Saturación de oxígeno menos a 90% incluso con suplemento de oxígeno  |
| CIRCULACIÓN<br>TAM INICIAL<br>( ) | 2 | TAM entre ____ y ____, (+ - 20% nivel inicial)                       |
|                                   | 1 | TAM entre ____ y ____, (+ - 20% a 49% nivel inicial)                 |
|                                   | 0 | TAM entre ____ y ____, (+ - 50% nivel inicial)                       |
| RESPIRACIÓN                       | 2 | Capaz de respirar profundamente o toser libremente.                  |
|                                   | 1 | Apnea, respiración limitada o taquipnea                              |
|                                   | 0 | Apneico o con respiración artificial                                 |
| MOVIMIENTO                        | 2 | Capaz de mover las 4 extremidades voluntariamente o bajo órdenes     |
|                                   | 1 | Capaz de mover 2 extremidades voluntariamente o bajo órdenes         |
|                                   | 0 | Capaz de mover 1 extremidad voluntariamente o bajo órdenes.          |
| CONCIENCIA                        | 2 | Despierto.                                                           |
|                                   | 1 | Despierta al llamado                                                 |
|                                   | 0 |                                                                      |

### ESCALA BROMAGUE

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

### ESCALA RAMSAY

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

### Eventos detalles del traslado

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

Hora de alta y de salida UNIDAD DE CUIDADOS POS ANESTESICOS

Firma del médico