



## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ      IDENTIFICACIÓN: CC 1232590200      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

## INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

### ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

#### - ANTECEDENTES MÉDICOS

(08/04/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(30/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(18/06/2020) Anemia de tipo no especificado (D649); Sospecha ATEP: No.  
(24/05/2019) Anemia en otras enfermedades crónicas clasificadas en otra parte (D638); Sospecha ATEP: No.

#### - ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(08/04/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(30/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

#### - ANTECEDENTES GINECOBISTÉRICOS

(08/04/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(30/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

### CICLO MENSTRUAL

(08/11/2021) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: Si, FUR: 20/10/2021, Confiabilidad: Confiable, Periodicidad del ciclo menstrual: Regular

### PLANIFICACIÓN

(08/11/2021) Tipo de método de planificación: Ninguno

### CITOLOGÍA

(08/11/2021) Citología: No

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G0 V0 C0 E0 A0 V0 M0

#### - ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(08/04/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(30/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(18/06/2020) CESAREA CORPORAL (740002).  
(18/06/2020) Escisión de ganglion de envoltura de tendón, excepto de mano (833101).

#### - ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(08/04/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(30/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

#### - ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(08/04/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(30/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

#### - ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(08/04/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(30/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

#### - OTRAS ALERGIAS

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ

IDENTIFICACIÓN: CC 1232590200

SEXO: Femenino

ETNIA: Otros

(08/04/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(30/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(25/09/2020) Otros: no refiere alergia a medicamentos .

## - ANTECEDENTES TÓXICOS

(08/04/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(30/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(08/04/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(30/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(08/04/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.  
(30/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ANTECEDENTES FAMILIARES

(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .  
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.  
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .  
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.  
(04/11/2021) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas (E108), en Abuelo (a); Observación registrada el 04/11/2021: FALLECIDO .  
(04/11/2021) Hipertension esencial (primaria) (I10X), en Madre.

## - ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

(08/04/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - HÁBITOS ALIMENTARIOS

(03/06/2020) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(06/09/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(03/07/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (Todos los días), ¿En el último año ha tenido exceso de peso? (No), ¿Maneja algún tipo de dieta en particular? (No)  
(24/05/2019) ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?? (No todos los días)

## - HÁBITOS ACTIVIDAD FÍSICA

(03/06/2020) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (40 minutos), cardio  
(06/09/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)  
(03/07/2019) ¿¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?? (20 minutos)

## - HÁBITOS SEXUALES

(03/06/2020) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), ¿¿Ha tenido relaciones sexuales en el último mes?

? (No), ¿¿Qué método de planificación familiar utiliza?? (Hormona), sexarquia a los 20 años

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: YUSMEIRA DEL CARMEN YOYERA DIAZ      IDENTIFICACIÓN: CC 1232590200      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

refiere una pareja sexual en la vida  
firs 2 de junio de 2020

(06/09/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (1), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), SE INDICA USO DE PRESERVATIVO

SEXARQUIA 20 AÑOS  
COMAPÑWROS SEXUALES AL DIA DE HOY 1  
ETS NIEGA

(03/07/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (1), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No), SE INDICA USO DE PRESERVATIVO  
(24/05/2019) ¿Ya inicio su vida sexual? (Si), ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? (Si), ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?? (1), ¿Tiene o ha tenido más un compañero sexual en los últimos 5 años? (No), ¿Cuántos compañeros sexuales?? (1), ¿Ha tenido relaciones sexuales sin condón con más de una pareja? (No), ¿Cuántas parejas sin condón?? (1), ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género? (No)

- FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS

(15/08/2019,13:29:37)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Anticonceptivos orales: No.
3. Cáncer: No.
4. Cirugía mayor: No.
5. Cirugía ortopédica mayor: No.
6. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
7. Edad: No.
8. Embarazo y puerperio: Si.
9. Enfermedad médica aguda: No.
10. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
11. Enfermedad tromboembólica previa: No.
12. EPOC: No.
13. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
14. Inmovilización: No.
15. Inserción de catéter: No.
16. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
17. Lesión medular: No.
18. Lupus eritematoso sistémico: No.
19. Modulares selectivos de estrógenos: No.
20. Politraumatismo: No.
21. Quimioterapia / radioterapia: No.
22. Sepsis: No.
23. Síndrome nefrótico: No.
24. Terapia de reemplazo hormonal: No.
25. Trauma de extremidades: No.
26. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
27. Várices: No.

(05/08/2019,14:23:36)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Anticonceptivos orales: No.
3. Cáncer: No.
4. Cirugía mayor: No.
5. Cirugía ortopédica mayor: No.
6. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
7. Edad: No.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ

IDENTIFICACIÓN: CC 1232590200

SEXO: Femenino

ETNIA: Otros

8. Embarazo y puerperio: Si.
9. Enfermedad médica aguda: No.
10. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
11. Enfermedad tromboembólica previa: No.
12. EPOC: No.
13. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
14. Inmovilización: No.
15. Inserción de catéter: No.
16. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
17. Lesión medular: No.
18. Lupus eritematoso sistémico: No.
19. Modulares selectivos de estrógenos: No.
20. Politraumatismo: No.
21. Quimioterapia / radioterapia: No.
22. Sepsis: No.
23. Síndrome nefrótico: No.
24. Terapia de reemplazo hormonal: No.
25. Trauma de extremidades: No.
26. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
27. Várices: No.

(03/07/2019,14:00:51)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Anticonceptivos orales: No.
3. Cáncer: No.
4. Cirugía mayor: No.
5. Cirugía ortopédica mayor: No.
6. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
7. Edad: No.
8. Embarazo y puerperio: Si.
9. Enfermedad médica aguda: No.
10. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
11. Enfermedad tromboembólica previa: No.
12. EPOC: No.
13. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
14. Inmovilización: No.
15. Inserción de catéter: No.
16. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
17. Lesión medular: No.
18. Lupus eritematoso sistémico: No.
19. Modulares selectivos de estrógenos: No.
20. Politraumatismo: No.
21. Quimioterapia / radioterapia: No.
22. Sepsis: No.
23. Síndrome nefrótico: No.
24. Terapia de reemplazo hormonal: No.
25. Trauma de extremidades: No.
26. Trombos, enfermedad medica aguda: No.
27. Várices: No.

(24/05/2019,10:54:34)

1. Antecedentes familiares de trombofilia: No.
2. Anticonceptivos orales: No.
3. Cáncer: No.
4. Cirugía mayor: No.
5. Cirugía ortopédica mayor: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ      IDENTIFICACIÓN: CC 1232590200      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

6. Colitis ulcerativa, enfermedad de Chron: No.
7. Edad: No.
8. Embarazo y puerperio: Si.
9. Enfermedad médica aguda: No.
10. Enfermedades neoplásicas hematológicas: No.
11. Enfermedad tromboembólica previa: No.
12. EPOC: No.
13. Hemoglobinuria paroxística nocturna: No.
14. Inmovilización: No.
15. Inserción de catéter: No.
16. ¿Tiene Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional III-IV?: No.
17. Lesión medular: No.
18. Lupus eritematoso sistémico: No.
19. Moduladores selectivos de estrógenos: No.
20. Politraumatismo: No.
21. Quimioterapia / radioterapia: No.
22. Sepsis: No.
23. Síndrome nefrótico: No.
24. Terapia de reemplazo hormonal: No.
25. Trauma de extremidades: No.
26. Trombos, enfermedad médica aguda: No.
27. Várices: No.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(03/06/2020,11:45:23)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por más de 5 años continuos?  
: No.
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.
15. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
16. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
17. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
18. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
19. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
20. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.
21. ¿Hace habitualmente a diario al menos 20 minutos de actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre?: 20 minutos.
22. Con qué frecuencia come verduras o frutas?: Todos los días.
23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.
25. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ      IDENTIFICACIÓN: CC 1232590200      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

: No.

26. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

27. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.

28. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.

29. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?

: No.

30. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.

31. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.

32. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.

33. ¿Actualmente se encuentra embarazada?

: Si.

34. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?

: No.

35. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?

: No.

36. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?

: No.

37. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.

38. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?

: No.

39. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.

40. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

41. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

**Antecedente Riesgo General**

(03/07/2019,14:00:51)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.

2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.

3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.

4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?

: No.

5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.

6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.

7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.

8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.

9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.

10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.

11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: Si.

12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?

: No.

13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.

14. Usted ha lactado alguna vez?: No.

15. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.

16. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.

17. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.

18. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.

19. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.

20. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?: No.

21. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?

: No.

22. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?

: No.

23. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?

: No.

24. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ      IDENTIFICACIÓN: CC 1232590200      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

25. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
26. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
27. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.
28. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
29. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.
30. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
31. ¿Actualmente se encuentra embarazada?  
: Si.
32. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?  
: No.
33. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?  
: No.
34. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada ?  
: No.
35. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
36. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?  
: No.
37. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
38. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
39. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.

Antecedente Riesgo General  
(24/05/2019,10:54:34)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. Algún médico le ha dicho si tiene o ha tenido Diabetes Gestacional?  
: No.
5. Algún médico le ha dicho si tuvo algún hijo con Macrosomía?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
7. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
9. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
10. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
12. ¿Ha planificado con anticonceptivos hormonales (Orales, inyectados, implantados) por mas de 5 años continuos?  
: No.
13. Se ha realizado ccv en el último año?: No.
14. Usted ha lactado alguna vez?: No.
15. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
16. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
17. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis)?  
: No.
18. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus?  
: No.
19. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ?  
: No.
20. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante renal?: No.
21. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicéridos =400 mg/dL?: No.
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
23. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en los últimos 3 meses?  
: No.
24. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
25. Le han realizado radioterapia sobre la pared del torax cuando tenía una edad menor a 30 años?: No.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: YUSMEIRA DEL CARMEN YOYERA DIAZ      IDENTIFICACIÓN: CC 1232590200      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

26. ¿Dispone de un resultado que indique que ella o él no presenta mutación genética?: No.
27. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático?: No.
28. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina?: No.
29. ¿Ha estado presentado sangrado vaginal abundante sin una causa identificada?: No.
30. ¿Su madre tiene o ha tenido cáncer de cuello uterino?: No.
31. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses?: No.
32. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
33. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
34. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No

Antecedente Riesgo Gestante

Antecedentes Riesgo Gestantes  
(24/05/2019,10:54:34)

1. ¿Algún médico le ha dicho si padece alguna Neuropatía (Esclerosis Múltiple, Miastenia Gravis)?: No.
2. ¿Algún médico le ha dicho si padece Epilepsia?: No.
3. ¿Algún médico le ha dicho si padece de Neuropatías (Asma / Hipertensión Pulmonar Primaria)?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho si padece Cardiopatías/Valvopatías?: No.
5. ¿Ha presentado alguna Nefropatía (Enfermedad Renal Crónica, Glomerulopatía)?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho si padece Hepatopatías (Hepatitis Crónica/Insuficiencia Hepática)?: No.
7. ¿Algún médico le ha dicho si padece alguna enfermedad Autoinmune (LES, Síndrome antifosfolípido)?: No.
8. ¿Algún médico le ha dicho si padece alguna disfunción tiroidea (Hipotiroidismo/Hipertiroidismo)?: No.
9. ¿Algún médico le ha dicho si padece de Enfermedad Depresiva Mayor?: No.
10. ¿Algún médico le ha dicho si cursa o ha cursado algún estado de coagulopatías?: No.
11. ¿Algún médico le ha dicho si posee anomalías uterinas?: No.
12. ¿Ha cursado con alguna enfermedad de transmisión sexual?: No.
13. ¿Algún médico le ha dicho si padece de Infección por VIH?: No.
14. ¿Ha tenido embarazos previos?: No.
15. ¿Ha tenido más de 3 episodios de vaginosis en el transcurso del embarazo actual?: No.
16. ¿Ha tenido más de 3 episodios de infecciones urinarias en el transcurso del embarazo actual?: No.
17. ¿Ha tenido algún episodio de amenaza de aborto en el embarazo actual?: No.
18. ¿Ha cursado con desprendimiento de placenta en el embarazo actual?: No.
19. ¿Ha cursado con Amenaza de parto pretermino en el embarazo actual?: No.
20. ¿Algún médico le ha dicho si padece de Sífilis gestacional?: No.
21. ¿Durante el embarazo actual algún médico le ha dicho que cursa con Retardo de Crecimiento Intrauterino?: No.
22. ¿Durante el embarazo actual algún médico le ha dicho que cursa con Ruptura Prematura de Membranas?: No.
23. ¿Durante el embarazo actual algún médico le ha dicho que el feto tenga alguna malformación congénita?: No.
24. ¿Durante el embarazo actual ha cursado con alguna Patología fetal?: No.
25. ¿Ha deseado abortar sin tener alguna indicación médica?: No.
26. ¿Ha manipulado carnes crudas?: No.
27. ¿Tiene o ha tenido recientemente gato(s)?: No.
28. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
29. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
30. Usted consume alcohol más de 80 cc día?: No.
31. Consume o ha consumido sustancias psicoactivas: No.
32. ¿Algún familiar en primer grado de consanguinidad (padres, hermanos,hijos) ha cursado con Trombofilias?: No.

**ATENCIÓNES DEL PACIENTE**

18/06/2020 15:31:29. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO ZONA IN - LOCAL 100, BOGOTA D.C.  
Datos del profesional de la salud: Andrea Paola Garzon Cepeda. Reg. Médico. 1010207217. Medicina General.



**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ      IDENTIFICACIÓN: CC 1232590200      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 41719608. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-6045285-1-2.  
Edad del paciente: 30 años. Estado Civil: Unión libre. Ocupación: Ama de casa. Responsable: YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ - Paciente Telefono: 3108650436.

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Paciente, YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ.

Motivo de consulta: \*\*\*\*\*CITA MEDICINA GENERAL: TELECONSULTA POR CONTINGENCIA SANITARIA COVID 19\*\*\*\*\*

LECTURA DE REPORTES

PROFESION: AMA DE CASA

Enfermedad Actual: PACIENTE QUIEN ACUDE PARA LECTURA DE REPORTES. (EXAMENES PRE CONCEPCIONALES)

ACTUALMENTE: NIEGA FIEBRE, NIEGA SINCOPE O LIPOTIMINA, NIEGA NAUSEAS, MAREOS, EMESIS, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, NIEGA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, DEPOSICIONES NORMALES EN FRECUENCIA E INTENSIDAD, NIEGA SINTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS.  
INTERVENCION ADICIONAL PARA LINEAMIENTOS DE SDRA: \*\*\*\*, NOXA DE CONTAGIO: CONTACTO ESTRECHO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS CON CASO DE PACIENTE CONFIRMADO PARA COVID-19: NIEGA ; VIAJES AL EXTRANJERO: NIEGA + TRABAJADOR DEL AREA DE LA: NIEGA. \*\*\*\*

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntomas Generales: No presenta.

Neurológico: Sin síntomas.

Mental: Sin síntomas.

Organos de los Sentidos: Sin síntomas.

Respiratorio: Sin síntomas.

Cardiovascular: Sin síntomas.

Gastrointestinal: Sin síntomas.

Genitourinario: Sin síntomas.

Osteomusculoarticular: Sin síntomas.

Mamas: Sin síntomas.

Piel y Faneras: Sin síntomas.

Hematológico y Linfático: Sin síntomas.

Endocrinológico: Sin síntomas.

**DATOS GINECOLÓGICOS**

Datos Ginecológicos

**CICLO MENSTRUAL**

(18/06/2020) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: Si, A qué edad fue su primera menstruación (Menarquia - años): 13, FUR: 18/05/2020, Confiabilidad: Confiable, Periodicidad del ciclo menstrual: Regular

**PLANIFICACIÓN**

(18/06/2020) Tipo de método de planificación: Ninguno

**CITOLOGÍA**

(18/06/2020) Citología: Si, Fecha realización citología: 11/06/2020, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G1 V0 C0 E0 A0 V0 M1

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ

IDENTIFICACIÓN: CC 1232590200

SEXO: Femenino

ETNIA: Otros

## OTROS PARACLINICOS

## Hematología

Fecha de realización: 11/06/2020 00:00:00.

Hematocrito: 41.0. Hemoglobina (gr/dL): 13.0. Recuento de Leucocitos: 7.99. Cayados: 0.0. Metamielocitos: 0.0. Mielocitos: 0.0. Promielocitos: 0.0. Plaquetas (trombocitos): 411.0.

## Bioquímica Clínica

Fecha de realización: 11/06/2020 00:00:00.

Uroanálisis: Normal. Urocultivo: Negativo.

## Pruebas rápidas

Fecha de realización: 11/06/2020 00:00:00.

Resultado prueba rápida VIH: Negativo. Resultado prueba rápida Sífilis: Negativo.

## ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

INGRESO PACIENTE PARA ATENCION MEDICA: TELECONSULTA, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS ACTUALES RELEVANTES, EN QUIEN NO PUEDO REALIZAR EXAMEN FISICO POR MODALIDAD DE CONSULTA, FINDRISK (PA: NO SUMINISTRADO POR PACIENTE- LO DESCONOCE) APROX DE: 8 ; QUIEN ACUDE PARA LECTURA DE REPORTES PRECONCEPCIONALES; HEMOGRAMA PRESERVADO EN SUS LINEAS HEMATOLOGICAS (NO ANEMIA, NO TROMBOCITOSIS, NO TROMBOCITOPIA, NO LEUCOCITOSIS O LEUCOPENIA), UROANALISIS: NORMAL ; AG SUP HEP B: NEGATIVO, IGG RUBEOLA: POSITIVO (MEMORIA INMUNOLOGICA) IGG TOXOPLASMA: NEGATIVO, VIH: NEGATIVO, SEROLOGIA: NO REACTIVO , UROCULTIVO: NEGATIVO, CULTIVO DE FLUJO VAGINAL: ABUNDANTE CANTIDAD DE CANDIDA ALBICANS ; HEMOCALSIFICACION: O + FFV: BLANCO HOMOGNEO, NO CELULAS GUIA, NO TRICHOMONA, CONSIDERO MANEJO DE PATOLOGIA EN CONJUNTO CON EL ESPOSO, TUVO PERDIDA HACE 8 MESES; NO CONSIDERO POR AHORA PERTINENTE EMBARAZO, EXPLICO CURSOS DE ACCION, NUEVO CONTROL EN APORX. 3 MESES PARA INICIO DE MICRONUTRIENTES, POR AHORA DEBE CONTINUAR ACOS. POR LO DEMAS DOY RECOMENDACIONES GENERALES - REFUERZO VERBALMENTE EDUCACION: LAVADOS DE MANOS, USO DE CUBRE BOCAS Y NARIZ, NO TOCAR OBJETOS POR FUERA DEL HOGAR, ADICIONALMENTE BRINDO SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR EL SERVICIO DE URGENCIAS EN ESTE LAPSO DE TIEMPO. PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA CONDUCTA MEDICA A SEGUIR.

QUIMIOPROFILAXIS: A MUJERES QUE PLANEN QUEDA EMBARAZADAS. 1 MG/DIARIO, DURANTE LAS 4 SEMANAS PREVIAS A LA GESTACION INMUNOPROFILAXIS: INFLUENZA ESTACIONAL: ADOLESCENTES CON FACTORES DE RIESGO \*\*\* CON FRECUENCIA ANUAL NEUMOCOCCO: EN PERSONAS CON FACTORES DE RIESGO \*\*\* EN EL RANGO DE EDAD DESDE LOS 36 MESES A LOS 59 AÑOS, DOS DOSIS, SEGUNDA DOSIS A LOS 5 AÑOS DE LA PRIMERA.

SE EDUCA AL PACIENTE SOBRE LOS SIGUIENTES ITEMS:

DERECHO: ACCEDER A INFORMACION TOTAL Y COMPLETA SOBRE COSTOS, PROCESOS ADMIN Y PROGRAMAS DE SALUD

DEBER: CUIDAR SU SALUD, LA DE SU FAMILIA Y SU COMUNIDAD

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G1 V0 C0 E0 A0 V0 M1

Diagnóstico Principal: Vaginitis aguda (N760), Impresión diagnóstica, Causa Externa: Enfermedad general, No Embarazada.

## FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO

1. Nistatina Ovu 100000 UI: Introducir (vía vaginal) 1 óvulo cada 24 hora(s) por 7 día(s). Cantidad total: 7, Número de entregas: 1
  2. Fluconazol Cap 200 mg: Tomar (vía Oral) 2 cápsula cada 8 día(s) por 30 día(s). Cantidad total: 8, Número de entregas: 1 Recomendaciones: HAY QUE REALIZAR TRATAMIENTO PARA PAREJA.
- 4 TABLETAS PARA EL ESPOSO  
4 TABLETAS PARA LA ESPOSA. .  
.

Recomendación 1:

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: YUSMEIRA DEL CARMEN YOYERA DIAZ      IDENTIFICACIÓN: CC 1232590200      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

**RECOMENDACIONES GENERALES:** USE TAPABOCAS, TOME ABUNDANTES LÍQUIDOS, ESTORNUDE EN EL CODO, LAVE SUS MANOS O USE GEL ANTISÉPTICO DESPUÉS DE CADA ESTORNUDO, CON RESPECTO AL LAVADO DE MANOS : QUE SEA CON AGUA Y JABÓN, EVITAR QUE LOS NIÑOS ENFERMOS COMPARTAN CON OTROS JUGUETES O CHUPONES Y LAVARLOS CON AGUA Y JABÓN CUANTAS VECES SEA POSIBLE, EVITAR EL CONTACTO CON PERSONAS QUE ESTÉN CURSANDO CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS, EVITAR LUGARES HACINADOS, CONTAMINACIÓN AMBIENTAL EVITE FUMAR O ESTAR CERCA DE PERSONAS QUE FUMEN, HUMEDECER EL MEDIO AMBIENTE Y MANTENER UNA VENTILACIÓN ADECUADA NO USE ANTIBIÓTICOS, SI NO SON PRESCRITOS POR SU MÉDICO, PERMANEZCA CON ROPA ABRIGADA, REALIZAR LAVADO NASAL, EVITE EL CONTACTO CON EMBARAZADAS, NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS, ANCIANOS Y PERSONAS INMUNOSUPRIMIDAS.

**SIGNOS DE ALARMA:** FIEBRE MAYOR A 38 GRADOS QUE NO CEDA A PESAR DE MANEJO ANTIPIRETIICO, AUMENTO DEL MOCO Y DE LA SECRECIÓN NASAL CON MOCO Y EXPECTORACIÓN VERDOSA, TOS EN ACCESOS, TOS SECA E INCAPACIDAD COMPLETA PARA RESPIRAR SI ESTUVO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA QUE SE HAYA DIAGNOSTICADO COVID-19, INADECUADA RESPUESTA AL TRATAMIENTO MÉDICO, SENSACIÓN DE AHOGO Y DOLOR TORÁCICO, SI SUS LABIOS SE PONES MORADOS Y PRESENTA HUNDIMIENTO DE LAS COSTILLAS.

**Recomendación 2:**

**RECOMENDACIONES GENERALES:** Si presenta síntomas respiratorios o dudas sobre el coronavirus puede comunicarse por medio de Whats App con la línea de orientación de Sanitas ANA MARIA: 3202550525, donde recibirá asesoría.

- Se recomienda mantener aislamiento preventivo por pandemia de coronavirus, permanezca en su vivienda, evite en lo posible sitios públicos y si tiene que salir por fuerza mayor utilice tapabocas, mantenga distancia adecuada (2 metros ) con las otras personas.
- Lavado de manos frecuente con agua y jabón o gel antibacterial en caso de no poder lavar las manos, realice el lavado de manos, antes de comer, al llegar de la calle, antes de preparar alimentos, después de ir al baño, después de toser o estornudar.
- Dieta balanceada, se recomienda aumentar consumo diario de frutas y verduras, agua.
- evite el tabaquismo, dado que tiene sustancias muy toxicas para nuestro organismo.
- Cultive su amor propio cada día. mantenga el autocuidado diario de su cuerpo, dando un baño diario, un corte y arreglo del pelo, ropa limpia, ordene sus pertenencias personales. crea y mantenga pensamientos positivos
- Use un metodo de barrera como el condon para evitar enfermedades de transmision sexual.
- Promueva buenas relaciones con su ambiente familiar, laboral, personal.
- lave sus dientes 3 veces al dia. consulte al odontologo 1 vez al año.
- incremente la actividad fisica aerobica 40 min al dia, intensidad leve a moderada, 4 veces por semana (caminar correr, ciclismo, natacion), minimo 150 minutos al día de actividad moderada o 75 min de actividad fisica rigurosa por semana
- use protector solar 1 a 2 veces al día para prevenir cancer de piel.
- maneje el stress y ansiedad con actividades ludicas (pintar, dibujar, realizar deporte, practicar yoga, meditar, orar, cantar, etc).
- duerma 6 a 8 horas en la noche.
- pida ayuda cuando lo necesite
- \*\*\*\*\*USE METODO DE PRESERVATIVO SIEMPRE EN SUS RELACIONES INTIMAS\*\*\*\*\*
- Realice ejercicio regular
- Cada mes realice examen de observacion y palpacion personal de seno o testículos
- consuma alimentos ricos en antioxidantes como verduras frescas 2 porciones dia, frutas frescas 2 porciones dia, agua. evitar el exceso de harina de trigo, azucar, sal.

**SIGNOS DE ALARMA:** Acuda a los servicios de urgencias SOLO si es necesario para evitar congestionar los servicios y para no contraer enfermedades respiratorias. Utilice tapabocas si tiene que acudir por alguno de los siguientes motivos:

1. Acudir a urgencias si presenta dificultad para respirar, ruidos raros al respirar acompañado de tos con evidencia de sangre
2. Fiebre (tomada con termometro mayor a 38°C) por mas de 3 dias a pesar de los medicamentos
3. Dolor en el pecho opresivo con o sin irradiacion al brazo izquierdo, cuello o mandibula.
4. Dolor de cabeza muy intenso (el peor que haya presentado en su vida) o que no ceda con los medicamentos.
5. Dolor abdominal localizado en abdomen derecho asociado a deposiciones con sangre, que este dolor sea el peor que ha presentado durante toda su vida
6. Alteraciones neurologicas como perdida de fuerza o imposibilidad para movilizar medio lado del cuerpo, perdida de vision, convulsiones, desmayo.

EXPLICO QUE FRENTE A CUALQUIER EVENTUALIDAD PUEDE SOLICITAR CITA DE OPORTUNIDAD EN EPS SANITAS.

**RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS:** Evite comidas abundantes, es preferible hacer más comidas pero con menos cantidad manteniendo una dieta fraccionada a 5 comidas/día.

Aumente el consumo de alimentos ricos en fibra: pan integral, frutas con cáscara y verduras, tenga presente la variedad.

Añade linaza 1 cucharada a un vaso de agua en ayunas y antes de dormir.

Seleccione carnes magras (sin grasas visibles), pollo sin piel, prefiera el consumo de carnes blancas que son de mejor digestión.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ      IDENTIFICACIÓN: CC 1232590200      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

Evite las bebidas con gas  
Evite comer muy condimentado, muy grasoso y con adición de salsas.  
Aumente la ingesta de agua (10-11 vasos de agua).  
Procure mantener un horario fijo de comidas.  
Haga algún tipo de actividad física.  
Evite situaciones que le disgusten y procure llevar un ritmo de vida tranquilo.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Zona In - Local 100

**ATENCIONES DEL PACIENTE**

**08/06/2020 09:34:36. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO ZONA IN - LOCAL 100, BOGOTA D.C.**

**Datos del profesional de la salud: María Claudia Espejo Sanchez. Reg. Médico. 52837358. Medicina General.**

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 41436547. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-6045285-1-2.  
Edad del paciente: 30 años. Estado Civil: Unión libre. Ocupación: Ama de casa. Responsable: YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ - Paciente Teléfono: 3108650436.

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Paciente, YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ.

Motivo de consulta: "quiero quedar embarazada".

Enfermedad Actual: Paciente femenina con deseo de embarazo refiere mortinato hace 7 meses en el momento paciente toma Microgynon suave, pero con deseos de embarazo, por lo que consulta refiere ha tenido ciclos menstruales regulares .

Estado de Salud: Bueno.

**DATOS GINECOLÓGICOS**

Datos Ginecológicos

**CICLO MENSTRUAL**

(08/06/2020) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: Si, A qué edad fue su primera menstruación (Menarquia - años): 13, FUR: 18/05/2020, Confiabilidad: Confiable, Periodicidad del ciclo menstrual: Regular

**PLANIFICACIÓN**

(08/06/2020) Tipo de método de planificación: Hormonal, Método hormonal: Anticonceptivos inyectables combinados, Tiempo de uso del método de planificación Hormonal: 3 - mese(s)

**CITOLOGÍA**

(08/06/2020) Citología: No

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G1 V0 C0 E0 A0 V0 M1

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**

CONSULTA NO PRESENCIAL \*\*\*\* CONTIGENCIA COVID 19 DECRETOS 538/2020

paciente femenina de 30 años de edad en el momento asintomática con antecedentes de mortinato hace 7 meses, planifica con ACOS; con deseos de embarazo por lo que se solicitan paraclínicos preconcepcionales, se inicia manejo con ácido fólico,

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ IDENTIFICACIÓN: CC 1232590200 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

se indica suspenderse acos, ç  
control con resultados paciente entiende y acepta.

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G1 V0 C0 E0 A0 V0 M1

Diagnóstico Principal: Consejo y asesoramiento general sobre la procreacion (Z316), Impresión diagnóstica, Causa Externa: Enfermedad general, No Embarazada.

FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO

1. Acido Folico 1 mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 1 día(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1

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

1. Se solicita RUBEOLA ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO, No. 1, CONSULTA NO PRESENCIAL \*\*\*\* CONTIGENCIA COVID 19 DECRERO 538/2020.
2. Se solicita EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA, No. 1, CONSULTA NO PRESENCIAL \*\*\*\* CONTIGENCIA COVID 19 DECRERO 538/2020.
3. Se solicita UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO), No. 1, CONSULTA NO PRESENCIAL \*\*\*\* CONTIGENCIA COVID 19 DECRERO 538/2020.
4. Se solicita HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS], No. 1, CONSULTA NO PRESENCIAL \*\*\*\* CONTIGENCIA COVID 19 DECRERO 538/2020.
5. Se solicita Treponema pallidum anticuerpos (prueba treponemica) manual o semiautomatizada o automatizada, No. 1, CONSULTA NO PRESENCIAL \*\*\*\* CONTIGENCIA COVID 19 DECRERO 538/2020.
6. Se solicita CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES, No. 1, CONSULTA NO PRESENCIAL \*\*\*\* CONTIGENCIA COVID 19 DECRERO 538/2020.
7. Se solicita HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO, No. 1, CONSULTA NO PRESENCIAL \*\*\*\* CONTIGENCIA COVID 19 DECRERO 538/2020.
8. Se solicita UROANALISIS, No. 1, CONSULTA NO PRESENCIAL \*\*\*\* CONTIGENCIA COVID 19 DECRERO 538/2020.
9. Se solicita HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNICA, No. 1, CONSULTA NO PRESENCIAL \*\*\*\* CONTIGENCIA COVID 19 DECRERO 538/2020.
10. Se solicita Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO, No. 1, CONSULTA NO PRESENCIAL \*\*\*\* CONTIGENCIA COVID 19 DECRERO 538/2020.
11. Se solicita VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS, No. 1, CONSULTA NO PRESENCIAL \*\*\*\* CONTIGENCIA COVID 19 DECRERO 538/2020.

## ATENCIONES DEL PACIENTE

03/06/2020 11:45:23. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO ZONA IN - LOCAL 100, BOGOTA D.C.

Datos del profesional de la salud: Andrea Aldana. Reg. Médico. 52434823. Enfermería.

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 41328047. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-6045285-1-2.

Edad del paciente: 30 años. Estado Civil: Unión libre. Ocupación: Vendedores empleados de comercio de mostrador tenderos.

Antigüedad Ocupación: 1 año(s).

Responsable: YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ - Paciente Telefono: 3108650436.

Tipo de atención: Control. Tipo de Programa: Adulto, Planificación Familiar.

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: YUSMEIRA DEL CARMEN YOYERA DIAZ

IDENTIFICACIÓN: CC 1232590200

SEXO: Femenino

ETNIA: Otros

Información suministrada por: Paciente, YUSMEIRA DEL CARMEN YOYERA DIAZ.

Motivo de consulta: planificación familiar.

Enfermedad Actual: Paciente en buen estado general, que solicita por cita no presencial de manera voluntaria, refiere que actualmente se encuentra planificando con anovulatorio oral cobijando desde hace 6 meses refiere satisfacción por el método y desea continuar usándolo las toma según indicaciones no refiere olvidos refiere deseos de gestación en 6 meses. antecedentes médicos anemia crónica

Niega Infecciones de Transmisión Sexual. niega

Vida sexual activa si

Pareja sexual estable hace 10 años

Fecha última prueba VIH negativa

Estado de Salud: Bueno.

## REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntomas Generales: No presenta.

Neurológico: Sin síntomas.

Mental: Sin síntomas.

Órganos de los Sentidos: Sin síntomas.

Respiratorio: Sin síntomas.

Cardiovascular: Sin síntomas.

Gastrointestinal: Sin síntomas.

Genitourinario: Sin síntomas.

Osteomusculoesquelético: Sin síntomas.

Mamas: Sin síntomas.

Piel y Anexos: Sin síntomas.

Hematológico y Linfático: Sin síntomas.

Endocrinológico: Sin síntomas.

## DATOS GINECOLÓGICOS

Datos Ginecológicos

## CICLO MENSTRUAL

(03/06/2020) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: Si, A qué edad fue su primera menstruación (Menarquia - años): 13, FUR: 18/05/2020, Confiabilidad: Confiable, Periodicidad del ciclo menstrual: Regular

## PLANIFICACIÓN

(03/06/2020) Tipo de método de planificación: Hormonal, Método hormonal: Anticonceptivos inyectables combinados, Tiempo de uso del método de planificación Hormonal: 3 - meses(s)

## CITOLOGÍA

(03/06/2020) Citología: No

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G1 V0 C0 E0 A0 V0 M1

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G1 V0 C0 E0 A0 V0 M1

Diagnóstico Principal: Supervisión del uso de drogas anticonceptivas (Z304), Confirmado repetido, Causa Externa: Otra, No Embarazada.

Diagnóstico Asociado 1: Examen de pesquisa especial para tumor de la mama (Z123), Confirmado repetido.

Diagnóstico Asociado 2: Examen de pesquisa especial para tumor del cuello uterino (Z124), Confirmado repetido.

## ASESORÍAS

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ

IDENTIFICACIÓN: CC 1232590200

SEXO: Femenino

ETNIA: Otros

**PRE\_TEST DE CÁNCER DE CERVIX**

Asesoría Pre-test: Se explica a la paciente la importancia de hacerse la citología vaginal y de asistir a consulta con su médico tratante con el resultado de la misma..

**PRE\_TEST DE CÁNCER DE MAMA**

Asesoría Pre-test: Se explica la técnica para realizar el autoexamen de seno y se enfatiza en la importancia de realizarlo de manera periódica. Se informan claramente cada uno de los signos de alarma ante los cuales se debe consultar de forma inmediata con su médico tratante. Se recuerda que es fundamental hacerse la mamografía y asistir a consulta con el resultado de la misma..

**POST\_TEST DE PLANIFICACION FAMILIAR**

Asesoría Post-test: Paciente que asiste a control por el uso de anticonceptivo oral hormonal combinado. Manifiesta satisfacción y tolerancia con el uso del método. Se brinda orientación, información y educación individual sobre signos de alarma por los que debe consultar. Se refuerza sobre la importancia de asistir a controles anuales o antes si tiene o presenta algún síntoma que le moleste. Se recuerdan los síntomas secundarios pero comunes al uso de la píldora (nauseas, sangrado o manchado entre periodos, dolor de cabeza leve, mayor sensibilidad en los mamas, mareos ó leve aumento o disminución de peso). Se refuerza que la toma de la píldora es todos los días a la misma hora, si el envase es de 21 píldoras, estas se deben tomar hasta terminar las 21, descansen 7 días e inicie el siguiente. Se menciona el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y la necesidad de usar doble protección. Se informa sobre derechos en salud sexual y reproductiva, vacunación con toxoide tetánico, autoexamen de mama y toma de citología cérvico uterina. Se entrega fórmula para seis meses..

**FÓRMULA MÉDICA - USO CONTINUO**

1. Levonorgestrel+etinilestradiol 150mcg+30mcg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 21 tableta cada 30 día(s) por 180 día(s). Cantidad total: 126, Número de entregas: 6, Vigencia del tratamiento: 03/06/2020- 30/11/2020, Recomendaciones: tomar una diaria pro 21 días descansar 7 das reinicar nuevo carton día 8.

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

1. Se solicita ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL, No. 1, control.

**Recomendación 1:**

**RECOMENDACIONES GENERALES:** Recuerde que debe tomar una píldora todos los días a la misma hora, para el envase de 21 píldoras: una vez que termine todas las píldoras del envase, espere 7 días antes de empezar uno nuevo. Puede tomarse la píldora siempre y cuando el sangrado menstrual haya empezado en los últimos cinco días, no necesitará de protección adicional después de iniciada. Si el sangrado mensual empezó hace más de 5 días o si tiene ausencia de la menstruación se puede iniciar siempre y cuando se esta segura/o de que no está en embarazo, debe evitar relaciones sexuales o usar condones en los siguientes 7 días después de tomar la primera píldora. Si no cumple con las anteriores condiciones debe esperar hasta el siguiente período menstrual para empezar a tomar la píldora. No se le olvide que los efectos secundarios son comunes (nauseas, vomito, manchado o sangrado entre periodos, dolor leve de cabeza, mayor sensibilidad en los senos, mareos, o ligero aumento de peso) pero rara vez dañinos. Regrese si le molestan de lo contrario control en tres meses. DEBE RECLAMAR SU FORMULACION CADA \_\_\_\_ MESES.

**SIGNOS DE ALARMA:** Regrese si presenta: dolor agudo y constante en el vientre, el pecho o las piernas, presenta dolores de cabeza muy fuertes o ve una luz brillante antes de dolores fuertes de cabeza (migraña con aura) o si tiene la piel o los ojos amarillos

**ACTIVIDAD FÍSICA:** Se sugiere mínimo 150 minutos semanales de actividad física aeróbica de intensidad moderada (caminata, paseos, actividades cotidianas domésticas, actividades laborales, actividades al aire libre, etc.) o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa (marcha rápida, correr, montar en bicicleta, nadar, bailar, etc.) cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Zona In - Local 100

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ IDENTIFICACIÓN: CC 1232590200 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

## ATENCIONES DEL PACIENTE

15/05/2020 11:18:12. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO ZONA IN - LOCAL 100, BOGOTA D.C.

Datos del profesional de la salud: Elsa Juliana Diaz Caballero. Reg. Médico. 63545021. Psiquiatria.

Contrarreferencia. Admisión No. 40894943. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-6045285-1-2.

Edad del paciente: 30 años. Estado Civil: Unión libre. Ocupación: Ama de casa. Responsable: YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ - Paciente Telefono: 3108650436.

## MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Paciente, YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ.

Motivo de consulta: CONTROL PSIQUIATRIA

paciente femenina de 30 años de edad con idx

Reaccion de ajuste con sintomas de ansiedad

manejo con :

Quetiapina 12,5 mg noche

cita de valoracion 4 de febrero /20.

Enfermedad Actual: S:/ paciente comenta adhrancia al manejo indicado logrando estabilidad y mejoría progresiva de malesstar emocional y por lo que suspendio la medicacion . sin embargo hace un mes aprox presenta reactivacion de insomnio de conciliacion , ansiedad flotante , inquietud en relacion con pandemia por COVID .

Se encuentra pasando la cuarentena en compañía de familiares . Su esposo esta con suspension del contrato por lo que la situacion economica.

Relata muy buena relacion familiar .

## EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Talla: 1.64 m

## EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Mental: Paciente quien ingresa al consultorio por sus propios medios, con adecuada presentación personal, alerta, colaboradora, orientada globalmente, afecto de fondo triste , euproséxica, eulálica, pensamiento lógico, no verbaliza ideas delirantes, niega ideas de muerte y de suicidio, no hay alteraciones sensorio-perceptivas, conducta motora adecuada, juicio y raciocinio conservados, introspección parcial, prospección hacia la mejoría.

## ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Paciente femenina de 30 años de edad con antecedente de Reaccion de ajuste con sintomas de ansiedad en manejo con quetiapina 12, 5 mg noche, quien comenta adhrancia al manejo indicado logrando estabilidad y mejoría progresiva de malesstar emocional y por lo que suspendio la medicacion . sin embargo hace un mes aprox presenta reactivacion de insomnio de conciliacion , ansiedad flotante , irritabilidad e inquietud en relacion con pandemia por COVID , preocupaciones economicas y reciente fecha del dia de la madre. Se indica incremento de la dosis de quetiapina a 25 mg noche.

Se reciben ansiedades , se favorece expresion emocional , recomendaciones y signos de alarma

Cita de control en 3 meses con psiquiatria ,continuar seguimiento por psicologia

Diagnóstico Principal: Trastorno de ansiedad , no especificado (F419), Estado de la enfermedad: Controlado, Confirmado repetido, Causa

Externa: Enfermedad general, No Embarazada.

Diagnóstico Asociado 1: Trastornos de adaptacion (F432), Estado de la enfermedad: Controlado, Confirmado repetido.

## FÓRMULA MÉDICA - USO CONTINUO

1. Quetiapina 25 mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 120 día(s). Cantidad total: 120, Número de entregas: 4, Vigencia del tratamiento: 15/05/2020- 12/09/2020, Recomendaciones: tomar una tableta en la noche .





#### DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ IDENTIFICACIÓN: CC 1232590200 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

#### PLAN DE MANEJO - CERTIFICADO MÉDICO

Se expide el siguiente certificado médico: AGENDAR CITA DE CONTROL POR PSIQUIATRIA EN 3 MESES  
DRA JULIANA DIAZ

SEDE ZONA IN , PEDIR CITA EN AREA DE ADMISIONES DE LA UNIDAD .

#### ATENCIONES DEL PACIENTE

**23/04/2020 16:58:06. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO ZONA IN - LOCAL 100, BOGOTA D.C.**

**Datos del profesional de la salud: Mabel Natalia Baquero Hernandez. Reg. Médico. 1030634963. Enfermería.**

#### ATENCIONES DEL PACIENTE

**17/02/2020 12:08:29. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO ZONA IN - LOCAL 100, BOGOTA D.C.**

**Datos del profesional de la salud: Angelica Maria Rodriguez Torres. Reg. Médico. 52561455. Enfermería.**

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 38802884. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-6045285-1-2.  
Edad del paciente: 30 años. Estado Civil: Unión libre. Ocupación: Vendedores empleados de comercio de mostrador tenderos.  
Antigüedad Ocupación: 1 año(s).  
Responsable: YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ - Paciente Telefono: 3108650436.  
Tipo de atención: Control. Tipo de Programa: Planificación Familiar.

#### MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ.  
Motivo de consulta: Consulta planificacion familiar : Asesoría e iniciar metodo.  
Enfermedad Actual: Paciente en buen estado general, asiste de manera voluntaria por primera vez, desea asesoría en métodos de planificación familiar, para dar inicio a uno de estos. Refiere que actualmente se encuentra planificando inyectable mensual combinado 3 meses Niega ITS,  
Vida sexual activa.  
Fecha ultima Relación sexual hace 15/02/2020 con preservativo.  
Niega antecedentes: alergicos, farmacologicos, psicologicos, ginecologicos, familiares y enfermedades.  
Estado de Salud: Bueno.

#### REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntomas Generales: No presenta.  
Neurológico: Sin síntomas.  
Mental: Sin síntomas.  
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.  
Respiratorio: Sin síntomas.  
Cardiovascular: Sin síntomas.  
Gastrointestinal: Sin síntomas.  
Genitourinario: Sin síntomas.  
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.  
Mamas: Sin síntomas.  
Piel y Faneras: Sin síntomas.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ IDENTIFICACIÓN: CC 1232590200 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

Hematológico y Linfático: Sin síntomas.  
Endocrinológico: Sin síntomas.

## DATOS GINECOLÓGICOS

Datos Ginecológicos

## CICLO MENSTRUAL

(17/02/2020) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Amenorrea

## PLANIFICACIÓN

(17/02/2020) Tipo de método de planificación: Hormonal, Método hormonal: Anticonceptivos inyectables combinados, Tiempo de uso del método de planificación Hormonal: 3 - mese(s)

## CITOLOGÍA

(17/02/2020) Citología: No

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G1 V0 C0 E0 A0 V0 M1

## EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general  
Frecuencia Cardíaca: 75 Latidos/min  
Frecuencia Respiratoria: 16 Respiraciones/min  
Tensión Arterial Sistólica: 100 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica: 60 mmHg  
Tensión Arterial Media: 73.3 mmHg  
Peso: 67 Kg  
Talla: 1.64 m  
Índice de Masa Corporal: 24.91 (kg/m<sup>2</sup>) -Normal  
Superficie corporal: 1.77 m<sup>2</sup>

## EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

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

## ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

se educa en los metodos de planificacion familiar que da el pos con ventajas y desventajas, mecanismo de acción, dando a conocer la importancia a su necesidad, ayudando a orientar en sus decisiones libres, responsables y voluntarias acerca de su vida reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, enfatizando sobre enfermedades de transmisión sexual, promueve el uso de preservativo como método adicional, realizar auto examen de seno mensual, citologia cervicouterina.  
proxima consulta 3 meses.  
paciente elige voluntariamente aoc se da educación en posibles efectos secundarios: mareo nauseas cefalea. aumento de ansiedad, cambios en peso. se indica como iniciar el metodo con prueba de embarazo en sangre negativa no mayor a 2 dias, se hace entrega de orden de bhcg, se da formula etinilestradiol 30mcg+levonorgestrel 150mcg via oral. por 3 meses.

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ

IDENTIFICACIÓN: CC 1232590200

SEXO: Femenino

ETNIA: Otros

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G1 V0 C0 E0 A0 V0 M1

Diagnóstico Principal: Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción (Z300), Confirmado nuevo, Causa Externa: Otra, No Embarazada.

Diagnóstico Asociado 1: Examen de pesquisa especial para tumor de la mama (Z123), Confirmado nuevo.

Diagnóstico Asociado 2: Examen de pesquisa especial para tumor del cuello uterino (Z124), Confirmado nuevo.

## ASESORÍAS

## PRE\_TEST DE CÁNCER DE CERVIX

Asesoría Pre-test: Se explica a la paciente la importancia de hacerse la citología vaginal y de asistir a consulta con su médico tratante con el resultado de la misma..

## PRE\_TEST DE CÁNCER DE MAMA

Asesoría Pre-test: Se explica la técnica para realizar el autoexamen de seno y se enfatiza en la importancia de realizarlo de manera periódica. Se informan claramente cada uno de los signos de alarma ante los cuales se debe consultar de forma inmediata con su médico tratante. Se recuerda que es fundamental hacerse la mamografía y asistir a consulta con el resultado de la misma..

## PRE\_TEST DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PRIMERA VEZ

- Asesoría Planificación Familiar Primera Vez

¿Cuál es la razón principal para planificar?: Fines anticonceptivos.

Criterio de Elegibilidad para el uso de Anticonceptivos: Categoría 1 No hay restricción; se puede usar en cualquier circunstancia..

Método Adoptado: Anticonceptivos orales combinados .

Fecha del próximo control: 12/05/2020.

Duración de la asesoría (min): 20.0.

Observaciones: Se brinda información sobre todos los métodos anticonceptivos disponibles: métodos hormonales (anticonceptivos orales, inyección mensual y trimestral e implante subdérmico), métodos no hormonales (dispositivo intrauterino, barrera y del conocimiento de la fertilidad) y definitivos (vasectomía y ligadura femenina) sin exclusión alguna. Se explica mecanismos de acción, forma de uso, seguridad anticonceptiva, ventajas, desventajas y miedos, efectos adversos, signos y síntomas por los cuales se debe consultar y retorno ó no de la fertilidad. Se menciona el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y la necesidad de usar doble protección. Se informa sobre derechos en salud sexual y reproductiva. Se refuerza información para vacunación con toxoide tetánico, autoexamen de mama y toma de citología cérvico uterina. Una vez aclaradas las dudas y de acuerdo con los hallazgos y teniendo como guía los criterios de elegibilidad para iniciar anticonceptivos y los procedimientos seleccionados para proveer métodos de planificación familiar, mediante libre elección la usuaria elige método: \_\_AOC\_\_\_\_\_. Se dan indicaciones para entrega del método..

## FÓRMULA MÉDICA - USO CONTINUO

1. Levonorgestrel+etinilestradiol 150mcg+30mcg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 21 tableta cada 30 día(s) por 90 día(s). Cantidad total: 63, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 17/02/2020- 17/05/2020, Recomendaciones: Tomar 1 tableta cada día por 21 días descansar 7 días y retomar el día 8vo la nueva caja. INICIAR METODO CON PRUEBA EMBARAZO NEGATIVO. 3 MESES DE TRATAMIENTO.

## PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

## ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO, No. 1, se educa en los metodos de planificacion familiar que da el pos con ventajas y desventajas, mecanismo de acción, dando a conocer la importancia a su necesidad, ayudando a orientar en sus decisiones libres, responsables y voluntarias acerca de su vida reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, enfatizando sobre enfermedades de transmisión sexual, promueve el uso de preservativo como método adicional, realizar auto examen de seno mensual, citología cervicouterina.

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: YUSMEIRA DEL CARMEN YOYERA DIAZ      IDENTIFICACIÓN: CC 1232590200      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

proxima consulta 3 meses.

paciente elige voluntariamente aoc se da educación en posibles efectos secundarios: mareo nauseas cefalea. aumento de ansiedad, cambios en peso. se indica como iniciar el metodo con prueba de embarazo en sangre negativa no mayor a 2 días, se hace entrega de orden de bhcg, se da formula etinilestradiol 30mcg+levonorgestrel 150mcg via oral. por 3 meses., NO OLVIDE TOMARSE LA PRUEBA DE LABORATORIO: SUBUNIDAD BETA CUANTITATIVA [BHCG], DEBE TOMARSE EN EL LABORATORIO DE LA UAP ASIGNADA EN EL HORARIO Lunes a Viernes: 6:00am a 7:00pm; \*Sabados: 6:00am a 6:00pm; \*Domingos y festivos: 7:00am a 12:00pm. (no se aceptan pruebas particulares) . SE RECOMIENDA: NO TENER RELACIONES SEXUALES 15 DIAS ANTES DE LA TOMA DE LA MUESTRA HASTA DESPUES DEL INICIO DEL METODO. \*\*\* Debe realizarla aun si se esta con el ciclo menstrual o se encuentra planificando. \*\*\* Después de la prueba NO PUEDE tener actividad sexual ni con condón hasta el inicio del método.

2. Se solicita ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL, No. 1, se educa en los metodos de planificacion familiar que da el pos con ventajas y desventajas, mecanismo de acción, dando a conocer la importancia a su necesidad, ayudando a orientar en sus decisiones libres, responsables y voluntarias acerca de su vida reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, enfatizando sobre enfermedades de transmisión sexual, promueve el uso de preservativo como método adicional, realizar auto examen de seno mensual, citologia cervicouterina.

proxima consulta 3 meses.

paciente elige voluntariamente aoc se da educación en posibles efectos secundarios: mareo nauseas cefalea. aumento de ansiedad, cambios en peso. se indica como iniciar el metodo con prueba de embarazo en sangre negativa no mayor a 2 días, se hace entrega de orden de bhcg, se da formula etinilestradiol 30mcg+levonorgestrel 150mcg via oral. por 3 meses., Buena higiene, no duchas vaginales, no ovulos, no actividad sexual min 3 dias antes del procedimiento y sin sangrado.

PROGRAMA CITOLOGIA: PASOS

1. INGRESA A LA OFICINA VIRTUAL: [www.epssanitas.com](http://www.epssanitas.com).
2. REGISTRA TUS DATOS. 3. HAZ CLIC EN CITAS MEDICAS, OPCION LABORATORIO.
4. Busca la disponibilidad de la sede y selecciona como procedimiento: TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA..

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES DE INTERVENCIONES: PROGRAMAR CONTROL PLANIFICACION FAMILIAR EN TRES MESES.

RECOMENDACIONES GENERALES: Recuerde que debe tomar una píldora todos los días en el mismo horario, para el envase de 21 píldoras: una vez que termine todas las píldoras del envase, descanse de toma por 7 días y al octavo día inicie de un nuevo envase una diaria en el mismo horario por 21 días. los siguientes 7 días al inicio de éste método abstenerse de vida sexual luego con preservativo durante el siguiente mes. recuerde que es muy importante la toma de la píldora en el mismo horario. ante un olvido esporádico de más de 6 horas y menos de un día tomarsela con la del día correspondiente y preservativo el siguiente mes. si el olvido es de mas de 1 día y hasta 3 días tomarsela con abstinencia sexual 7 días posteriores al ovido y luego con preservativo durante el siguiente mes. si el olvido es de mas de 3 días solicitar consulta planificacion familiar y abstinencia sexual hasta despues de la consulta. recuerde que si el olvido de una píldora es constante puede presentarse un embarazo con éste método debe ser muy juiciosa. no se le olvide que los efectos secundarios son comunes (nauseas, vomito, manchado o sangrado entre períodos, dolor leve de cabeza, mayor sensibilidad en los senos, mareos, ligera ansiedad) pero rara vez dañinos. regrese si le molestan de lo contrario control en 3 meses.

Se educa sobre la importancia del uso de preservativo para prevenir enfermedades de transmision sexual, citologia vaginal cada 3 años. para detectar a tiempo el cancer de cuello uterino y realizacion de autoexamen de seno mensual. se recomienda aplicacion de vacuna toxoide tetanico en edad fertil.

SIGNOS DE ALARMA: solicite consulta si presenta los siguientes Signos y síntomas: colico intenso y constante, dolores de cabeza muy fuertes, ve una luz brillante antes de dolores fuertes de cabeza (migraña con aura) ó tiene la piel o los ojos amarillos.

ACTIVIDAD FÍSICA: Se sugiere mínimo 150 minutos semanales de actividad física aeróbica de intensidad moderada (caminata, paseos, actividades cotidianas domésticas, actividades laborales, actividades al aire libre, etc.) o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa (marcha rápida, correr, montar en bicicleta, nadar, bailar, etc.) cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS: Comer todos los días frutas y verduras de todo tipo y color alimentacion variada, moderar el consumo de gaseosas, productos de paquetes, es importante comer despacio, sin distracciones, se debe disminuir el consumo de sal y azucar

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Zona In - Local 100

**ATENCIONES DEL PACIENTE**

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ IDENTIFICACIÓN: CC 1232590200 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

17/02/2020 10:59:19. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO ZONA IN - LOCAL 100, BOGOTA D.C.

Datos del profesional de la salud: Sandra Leticia Gomez Marciales. Reg. Médico. 52125882. Psicología.

Contrarreferencia. Admisión No. 38797043. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-6045285-1-2.

Edad del paciente: 30 años. Estado Civil: Unión libre. Ocupación: Ama de casa. Responsable: YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ - Paciente Telefono: 3108650436.

## MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ.

Motivo de consulta: IDENTIFICACION

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Natural de: VALENCIA, VENEZUELA

Procedente de: BOGOTÁ DESDE HACE UN 23 MESES

Profesión/ocupación: HOGAR

Religión: CATÓLICA

Dirección: CLL 92 C BIS SUR 1 - 14

Teléfono celular: 3108897891

## MOTIVO DE CONSULTA

Hoy..., He tenido días mejores (paciente llora).

Enfermedad Actual: Hay tristeza, rabia, y como nostalgia. La rabia, tristemente la pago con mi mamá, le contesto mal, se que no tiene la culpa, pero es un poco difícil el manejo de las cosas, la tristeza, me encierro en el cuarto y recuerdo todo lo que está pasando

Ahora siento que se me mueve la barriga, y lo relaciono con mi bebé...

Ya no duermo, dejé las pastillas, desde antes, durante el embarazo por alteraciones del sueño me formularon pastillas, ya después de la autopsia del bebé, no pude seguir, ya he estado con tres psicólogos. Tengo el control en abril

Hacer la carta es doloroso, no soy alguien que expresa, alguien que habla, cuando empiezo a escribir, llega todo a mi memoria, por esto también dejé las pastas, recuerdo todo, y uno se derrumba con facilidad..., estoy muy molesta, de por qué lo permitió..., si mi bebé hubiera tenido algo al nacer, entendería que esto sucediera, pero al leer la autopsia de que era un bebé completamente sano..., qué pasó.

## EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Mental: Función de relación: entra por sus propios medios con marcha estereotipada, viste adecuadamente, establece contacto visual, postura orientada al terapeuta, no se mantiene en estado de alerta, manifiesta disminución de las horas de sueño reparador

Función intelectual: mantiene contacto visual, atención fija, orientado espaciotemporalmente, sin evidencia de alteración en memoria, sin alteración de curso en pensamiento, lenguaje verbal coherente, respuesta acorde a pregunta realizada, capacidad intelectual sin alteración evidente, el paciente escucha lo cual permite inferir un funcionamiento de la etapa sensorial, lo que escucha lo relaciona a una idea (etapa intelectual), recuerda las palabras acorde a la etapa mnémica y pronuncia palabras (etapa motora)

Esfera Afectiva: estado de ánimo lábil durante la consulta, sin síntomas ansiosos, sin síntomas psicóticos, sin somatizaciones, sin dificultad para establecer y mantener relaciones interpersonales.

Función de síntesis: no hay manifestación de habla o conducta desorganizada o afecto inapropiado, no hay evidencia de compromiso cognitivo, emite juicio crítico, rinde laboralmente, ejecuta funciones de cálculo y sus proyectos están ajustados a una lógica y viabilidad adecuadas.

## ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Paciente que asiste con psicología, en revisión de sistema, se observa que es paciente del Dr Andres Fierro. Por alteración de la paciente, se hace atención en crisis y se recuerda cita de control con psicología. Paciente solicita documento de su valoración, se explica que al ser paciente de otro profesional, este es quien ha de realizarlo. Paciente refiere entender y aceptar

Diagnóstico Principal: Problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia (Z634), Estado de la enfermedad: Controlado, Impresión diagnóstica, Causa Externa: Enfermedad general, No Embarazada.



#### DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ      IDENTIFICACIÓN: CC 1232590200      SEXO: Femenino      ETNIA: Otros

#### ATENCIONES DEL PACIENTE

**17/02/2020 09:48:30. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO ZONA IN - LOCAL 100, BOGOTA D.C.**  
**Datos del profesional de la salud: Mabel Natalia Baquero Hernandez. Reg. Médico. 1030634963. Enfermería.**

#### ATENCIONES DEL PACIENTE

**15/02/2020 15:37:49. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO ZONA IN - LOCAL 100, BOGOTA D.C.**  
**Datos del profesional de la salud: Jennyfer Andrea Ordoñez Jimenez. Reg. Médico. 1012338517. Enfermería.**

Demanda Inducida.

Edad del paciente: 31 años. Grupo poblacional: Otro. Estado Civil: Unión libre. Ocupación: Ama de casa.

15/02/2020 15:37:49 - DEMANDA INDUCIDA AL PROGRAMA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Fuente de remisión: IPS

DATOS PARA EL PROGRAMA

Diagnóstico: -

Método de Planificación: ( ).

GESTIÓN REALIZADA

Contacto efectivo: JENNYFER ORDOÑEZ.

Descripción de la gestión: SE REALIZA GESTION DE DEMANDA INDUCIDA PARA RECORDAR CITA DE PLANIFICACION EL DIA 17/02/2020 9:40 AM EN CENTRO MEDICO ZONA IN LOCAL 100, USUARIA INDICA ASISTIR A LA CONSULTA.