



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 GINECOBSTÉTRICOS

(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. 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 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 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. ¿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

 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. Psiquiatría.

DATOS DEL PACIENTE

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

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 adherencia al manejo indicado logrando estabilidad y mejoría progresiva de malestar 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 , eufórica, euláica, 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 adherencia al manejo indicado logrando estabilidad y mejoría progresiva de malestar 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 día 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

DIAGNOSTICO

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.

PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS

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 .

PLAN DE MANEJO - CERTIFICADO MÉDICO

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

DRA JULIANA DIAZ



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ

IDENTIFICACIÓN: CC 1232590200

SEXO: Femenino

ETNIA: Otros

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