



## 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**

**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.**



**DATOS DEL PACIENTE**

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

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

**DIAGNOSTICO**

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.



## SISTEMA DE REGISTRO CLÍNICO AVICENA

Historia Clínica No. 1232590200

Consulta

### DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: YUSMEIRA DEL CARMEN YOVERA DIAZ

IDENTIFICACIÓN: CC 1232590200

SEXO: Femenino

ETNIA: Otros