

PODER DE LA DTE. DIANA SORELIS HENAO JARAMILLO

Yamileth Caicedo Rojas <secretaria.gerencia@clinicapalmira.com>

Jue 23/11/2023 8:41

Para:Luisa María Pérez Ramírez <lperez@gha.com.co>

CC:anamariabaronmendoza@gmail.com <anamariabaronmendoza@gmail.com>;Darlyn Marcela Muñoz Nieves <dmunoz@gha.com.co>

 1 archivos adjuntos (467 KB)

PODER.DIANA SORELIS.pdf;

Cordial saludo.

Adjunto estoy haciendo llegar el poder debidamente firmado por el Dr. FERNANDO BEDOYA de demanda de mayor cuantía demandante DIANA SORELIS HENAO JARAMILLO

Atentamente,

YAMILETH CAICEDO ROJAS

Secretaria Gerencia

CLINICA PALMIRA S.A.

Tel. (2) 285 60 43. Ext 507.

Señores

JUZGADO DIECIOCHO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI

E. S. D.

REFERENCIA:	PODER ESPECIAL
DEMANDANTE:	DIANA SORELIS HENAO JARAMILLO Y OTROS
DEMANDADO:	CLÍNICA PALMIRA S.A.
RADICADO:	760013103018-2023-00234-00

FERNANDO HUMBERTO BEDOYA HERRERA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 16.258.259, actuando en calidad de Representante Legal de **CLÍNICA PALMIRA S.A.**, de conformidad con el certificado de Existencia y Representación Legal emitido por la Cámara de Comercio de Palmira, comedidamente manifiesto que confiero poder especial, amplio y a la abogada **ANA MARÍA BARÓN MENDOZA**, mayor de edad, vecina de Bogotá, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.019.077.502, abogada titulada y en ejercicio, portadora de la tarjeta profesional No. 265.684 del Consejo Superior de la Judicatura, con dirección de notificaciones electrónicas anamariabaronmendoza@gmail.com, con el fin de que adelante todas las acciones en defensa de mis intereses dentro del proceso referido.

En consecuencia, mi apoderada queda facultada para notificarse de todas las providencias que se dicten en desarrollo del proceso, contestar demanda y llamamientos en garantía, formular recursos, llamamientos, presentar y solicitar pruebas, conciliar, sustituir, desistir, reasumir y en general para realizar todos los actos, gestiones y trámites necesarios tendientes a cumplir con la finalidad del mandato que se le confiere para la defensa de la CLÍNICA.

La compañía a la que represento **CLÍNICA PALMIRA S.A.** recibirá notificaciones en la dirección electrónica gerencia@clinicapalmira.com

La Dra. **ANA MARÍA BARÓN MENDOZA** recibirá notificaciones en la dirección electrónica anamariabaronmendoza@gmail.com y podrá ser contactado al celular 316 802 4836.

Otorgo,



FERNANDO HUMBERTO BEDOYA HERRERA
C.C. No. 16.258.259

Acepto,



ANA MARÍA BARÓN MENDOZA
CC. No. 1.019.077.502 de Bogotá
TP. No. 265.684 del C. S. de la J.

CLINICA PALMIRA S.A.
NIT. 891300047-6
CARRERA 31 # 31-62
2755557

FORMATO DE EPICRISIS

H1 - H14

Sede: CLINICA PALMIRA
Punto Atencion: HOSPITALIZACION
Empresa: EMSSANAR E.S.S 2018 (Contrib)

I. Informacion del Paciente:

Paciente: DIANA SORELIS HENAO JARAMILLO

No. Identificacion: CC -43448307

Sexo: FEMENINO

F. Nacimiento: 06/21/1976

Edad: 42 años

Estrato: R1

Direccion: CRA 44 B# 49-72

ENTIDAD: EMSSANAR E.S.S 2018 (Contrib)

Afiliado: DIANA SORELIS HENAO JARAMILLO

Usuario: JOSE FERNANDO PAZOS AJARDO

Telefono: 3117942107**3128409450

Nro Documento: ADM - CP 397696

Codigo Prestador: 765200227301

Fecha Ingreso: 28/01/2019 7:39:52

Fecha Egreso: 29/01/2019 7:10:00

Punto Ingreso: HOSPITALIZACION

Punto Salida: HOSPITALIZACION

Causa Salida: SALIDA A CASA

Observaciones

Causa de Consulta: POSTQXCA HISERECTOMIA

Enfermedad Actual: PACIENTE PROGRAMADA PARA HISTERECTOMIA DE AYER EN LA MAÑANA

REFIERE SENTIRSE BIEN

ADECUADO CONTROL DE DOLRO

PRESENTO NAUSEAS Y EMESIS EN LA MADRUGADA

MOVILIZACION ACTIVA

Diagnóstico Principal de Ingreso:

(D259) LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION

Diagnóstico Relacionado 1 de Ingreso: (N811) CISTOCELE

Diagnóstico de Egreso: (D259) LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION

Diagnóstico Relacionado 1 de Egreso: (N811) CISTOCELE

Resumen y Tratamiento Médico: MUCOSAS HUENDA SROSADAS

C/P NORMAL

ABD BALNDOD EPRESIBLE

HERIDA QXCA SECA BUENE STADO

NIO IRRITACION PERITONEAL

SANGRADO VAGINAL MINIMO

NO EDEMAS

SE COMEPLTA TIEMPO POSTQXCO PARA ALTA SION COMPLICACIONES

Servicio: (890302) CONSULTA DE CONTROL MEDICINA ESPECIALIZADA Cantidad: 1

Servicio: (39205000) DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES EN URGENCIAS Cantidad: 1

Ordenamiento Medico: (597104)CISTOURETROPEXIA VAGINAL Cantidad: 1.00

Ordenamiento Medico: (665001)SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA Cantidad: 1.00

Ordenamiento Medico: (684003)HISTERECTOMIA TOTAL POR LAPAROTOMIA Cantidad: 1.00

Ordenamiento Medico: (898201)ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO + Cantidad: 1.00

Ordenamiento Medico: (911018)HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO, DIRECTA O GLOBULAR EN PLACA § Cantidad: 1.00

Ordenamiento Medico: (911022)Prueba de compatibilidad cruzada menor. incluye hemoclasificacion de donante y receptor Cantidad: 2.00

Ordenamiento Medico: (911022)PRUEBA DE COMPATIBILIDAD, CRUZADA MAYOR EN TUBO + Cantidad: 2.00

Ordenamiento Medico: (S11202)INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD MEDIANA, HABITACION BIPERSONAL Cantidad: 1.00

Dr(a): PAZOS FAJARDO JOSE FERNANDO

Registro Médico: 192761

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Se Firma Electrónicamente

SIGNOS VITALES

HOJA No. 1



H 2

CLINICA
PALMIRA S.A.
NIT. 891.300.047-6

CAMA: CX		No. HISTORIA: 43448307	
1er. APELLIDO: HERRERO		2do. APELLIDO: Jaramillo	NOMBRE: Diana Sorelis
PISO: CX	SALA O CUARTO:	CAMA:	FECHA: 28/01/19

HORA	PRESIÓN ARTERIAL	RESP.	PULSO	TEMP.
	250	40		
	240	30		
	230	18		
	220	10		
	210	130		
	200	120		
	190	110		
	180	100		
	170	90		
	160	80		
	150	70		
	140	60		
	130	50		
	120	40		
	110	42°		
	100	41°		
	90	40°		
	80	39°		
	70	38°		
	60	37°		
	50	36°		
	40	35°		
	30			

RESP: VERDE PULSO: AZUL TEM: ROJO PRESIÓN ARTERIAL: NEGRO V: MAXIMA :MINIMA

CLINICA PALMIRA S.A.
NIT. 891300047-6
CARRERA 31 # 31-62
2755557

HISTORIA CLINICA: 43448307
Empresa: EMSSANAR E.S.S 2018 (Contrib)
Sede: CLINICA PALMIRA
Punto Atención: CIRUGIAS

REGISTRO OPERATORIO

ENTIDAD: EMSSANAR E.S.S 2018 (Contrib)

I. Información del Paciente:

Paciente: DIANA SORELIS HENAO JARAMILLO
No. Identificación: CC -43448307

F. Nacimiento: 06/21/1976
Dirección: CRA 44 B# 49-72

Edad: 42 años Estrato: R1
Teléfono: 3117942107**312840945
Nro Documento: ADM - CP 397696

Afiliado: DIANA SORELIS HENAO JARAMILLO
Usuario: JUAN CARLOS MONTAÑO
Codigo Prestador: 765200227301

Fecha del Registro Operatorio: 28/01/2019

Clasificación del Procedimiento Quirúrgico

Procedimiento Practicado (597104) CISTOURETROPExIA VAGINAL
Procedimiento Practicado # 1 (684003)
HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA POR LAPAROTOMÍA

Procedimiento Practicado # 2 (665001) SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA

Envío de Piezas Patológicas? SI
Descripción de las Piezas UTERO Y TROMPAS UTERINAS

Tiempo Quirúrgico 01:30

Clasificación de Riesgo de Infección BAJO

Diagnostico Operatorio Diagnostico Principal: (D259) LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION
Diagnostico Relacionado 1: (N811) CISTOCELE

Tipo Diagnostico: Diagnostico nuevo
Finalidad Procedimiento: Deteccion Temprana Enfermedad Profesional
Causa Externa: Enfermedad general

Tipo de Anestesia RAQUIDEA

Clasificación del Procedimiento LIMPIO CONTAMINADO

Diagnostico Pre-Operatorio IDX MIOMATOSIS UTERINA MAS CISTOCELE

CDX HTS TOTAL MAS SALPINGUECTOMIA MAS URETROCOLPOPEXIA

Procedimiento Practicado # 3
Descripción del Procedimiento Quirúrgico

Vía de Acceso y Desarrollo del Procedimiento
ASEPSIA CON ISODINE
INCISION PFANIESTIEL
SE DISECA POR PLANOS
SE LOCALIZA UTERO MIOMATOSO
SE REALIZA SALPINGECTOMIA BILATERAL
SE PINZAN LIGAN Y CORTAN LIGAMENTOS Y VASOS UTERINOS CON VICRYL 1
SE EXTERAE UTERO COMPLETO POR VIOA TRANSDABDOMINAL
SE REVISIA HEMOSTASIA
SE DISECA ESPACIO PUBOVESICAL SE REALIZA URETROCOLPOPEXUIA RETROPUBICA AL
LIGAMENTO DE COOPER
SE REVISIA HEMOSTASI A
SE CIERRA POR PLANOS NO COMPLICACIONES

Complicaciones Intraquirúrgicas NINGUNA

Nombre Cirujano DR JUAN CARLOS MONTAÑO QUINTERO

Nombre Anestesiologo DR MONTENEGRO

Nombre de Ayudante DR PASOS

Dr(a): JUAN CARLOS. MONTAÑO QUINTERO
No Identificación: CC-016284457

Reg. Medico: 724

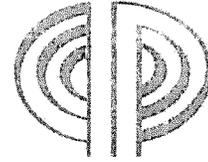
HOJA CONTROL DE MEDICAMENTOS

CIRUGIA

Diana Lorelis Herazo Jaramillo - 43448307

Nombres 1 Apellido 2 Apellido

Sala CX Cuarto 18-017 Cama 18-017 HOJA No. 1



CLINICA PALMIRA S.A.

DROGA	DIA	
SSN 091 x 100	(8)	
Cefazolina 2gr	(8)	
Quinestasa Cardiac - fua Ver registro	(9)	
Dipirona 2gr	(10) → (18) 1gr.	
Diclofenaco 75	(10) → (20)	
Metoprolol x 10	(19) → (18)	
Omeprazol 20mg	(10)	
Tramadol x 100mg	(12)	
metoclopramida x 10mg	(12)	
Cefalotina x 1gr	(16)	
Ifco en lnto diludo		
Hartman 500cc	(18)	
8		

FIRMA	M	L	N
	T		
	N		

Nombre: DIANA SORELIS HENAO JARAMILLO
ID : 43448307
Edad : 35
Medico :
Orden : 384569 - Codigo Interno Cliente :

Fecha Recepcion: 2018-10-31
Fecha Resultado :
Fecha Impresion : 2018-11-07 - Copia: 0
Empresa : CLINICA PALMIRA S.A - CLINICA PALMIRA S.A
Codigo Interno : 112525891

It	Analisis	Resultado	Valor de Referencia		Unidad
1	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA Firmado Electronicamente - Bacterióloga(o): LEONARDO MARTINEZ Registro: 1080015032	23.9	22.8	34.0	Seg
2	CONTROL NORMAL DE PTT Firmado Electronicamente - Bacterióloga(o): LEONARDO MARTINEZ Registro: 1080015032	27.0			Seg
3	CUADRO HEMATICO				
	-RECUENTO DE LEUCOCITOS	7.43	4.50	10.50	10 ³ /ul
	-NEUTROFILOS	5.44	1.60	7.50	#
	-LINFOCITOS	1.97	0.90	4.50	#
	-MONOCITOS	0.01	0.00	1.20	#
	-EOSINOFILOS	0.00	0.00	0.70	#
	-BASOFILOS	0.01	0.00	0.20	#
	-NEUTROFILOS	73.2 *	37.0	65.0	%
	-LINFOCITOS	26.5	20.0	45.0	%
	-MONOCITOS	0.1	0.0	12.0	%
	-EOSINOFILOS	0.0	0.0	7.0	%
	-BASOFILOS	0.2	0.0	2.0	%
	-RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS	4.68	4.04	6.20	10 ⁶ /ul
	-HEMOGLOBINA	12.9	12.0	18.0	g/dl
	-HEMATOCRITO	40	36.0	54.0	%
	-VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	85.4	80.0	100.0	fl
	-HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	27.6	27.0	32.0	pg
	-CONCENTRACION DE HG CORPUSCULAR MEDIA	32.2	32.0	37.0	g/dl
	-ANCHO Y DISTRIBUCION DE ERITROCITOS SD	42.7	35.0	55.0	fl
	-ANCHO Y DISTRIBUCION DE ERITROCITOS CV	12.7 *	15.5	15.6	%
	-PLAQUETAS	320	150.0	450.0	10 ³ /ul
	-VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	8.7 *	9.00	13.00	fl
	Firmado Electronicamente - Bacterióloga(o): LEONARDO MARTINEZ Registro: 1080015032				
4	TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)				
	-TIEMPO DE PROTROMBINA	11.0	9.8	13.0	Seg
	-INDICE NORMALIZADO DE RADIO	0.94			
	-CONTROL NORMAL PT	11.7			Seg
	Firmado Electronicamente - Bacterióloga(o): LEONARDO MARTINEZ Registro: 1080015032				

VALORACION DEL RIESGO DE CAIDA – ESCALA DE MORSE

CÓDIGO FOSGC-SP-01
 VERSIÓN 03
 PAGINA 1 de 1



Nombre del paciente: Diana S. Herazo
 Edad: 42 Sexo: M F Y Aseguradora o EPS: Emis
 Numero de Historia clínica: 43448307 N.º de cama: 20 Proceso: Loop
 Diagnostico:

Esta escala se utiliza en las primeras 24 horas desde el ingreso del paciente para evaluar el riesgo de caídas.

N.º	Factor de riesgo a identificar	Descripción del riesgo	PUNTOS	EVOLUCIÓN 24 HORAS
1	Edad menor de 7 años y mayor de 60 años	No	0	0
		Si	10	10
2	Historia de caídas	No	0	0
		Si	25	25
3	Diagnóstico secundario (más de un diagnóstico relevante, medicamentos: Diuréticos, Antihipertensivos, sedantes, hipnótico, betabloqueadores, anticoagulantes)	No	0	0
		Si	15	15
4	Necesita ayuda para caminar	Ninguna, reposos en cama, asistencia de familiar o personal de enfermería.	0	0
		Usa muletas, bastón o caminador.	15	15
		No usa muletas, ni bastón, ni caminador, pero al caminar debe apoyarse con frecuencia en objetos (por ejemplo muebles).	30	30
5	Tiene equipo de venopunción (Líquidos, venoclisis)	No	0	0
		Si	10	10
6	Tiene alteraciones de la marcha	Normal, reposo en cama o silla de ruedas.	0	0
		Débil (se sostiene de algún mueble para apoyarse)	15	15
		Limitada, (inestable, tembloroso ,dificultad para estar de pie, paciente obeso)	20	20
7	Estado mental	Consciente de sus limitaciones	0	0
		No es consciente de sus limitaciones	15	15

Para el puntaje se deben sumar los valores de cada riesgo y se clasifica en la siguiente tabla la cual determina la periodicidad de la próxima valoración de la escala

Puntuación	Clasificación del riesgo	Revalorar el riesgo en	Puntaje obtenido	Fecha de la próxima revaloración
Morse >50	ALTO	24 Horas	<u>25</u>	
Morse entre 25 y 50	MODERADO	48 horas		
Morse <24	BAJO	72 Horas		

Acciones de seguridad para un paciente hospitalizado

- Subo las barandas de la cama
- Informo al familiar o persona responsable del paciente, que el paciente nunca deberá permanecer solo.
- Coloco la escalera de la altura en el lado por el que el paciente descenderá de la cama y doy la indicación que permanezca siempre ahí.
- Retiro y reubico todos los objetos que se encuentren en las áreas de deambulacion, manteniéndola limpia (incluye mobiliario, equipo, y personas)
- Dejo encendida la luz tenue y doy la indicación de que permanezca en esa condiciones
- Doy la indicación de que la movilización del paciente debe ser siempre asistida y proporciono información de cómo hacerlo.
- Chequeo que el equipo de seguridad en la habitación esté completo y funcional (barandas en baño, antideslizante de la ducha, silla para la ducha).
- Informo al paciente o al familiar responsable sobre el riesgo de caídas y proporciono información para evitarlas, así como la uso de medidas de contención física si son necesarias y la utilización del intercomunicador o el teléfono para solicitar apoyo en caso necesario.

Acciones de seguridad para un paciente o usuario en tránsito:

- Identificar las necesidades y posibles riesgos al ingreso.
- Ofrecer ayuda: asistencia personal o silla de ruedas (siempre manejada por personal de salud).
- Recomendar siempre en primera instancia el uso del ascensor o la rampa, no escaleras.
- Verificar que el equipo de seguridad necesario se encuentre completo y funcional.

X F. O. ...
Firma del familiar o representante legal
[Firma]
Firma del auxiliar de enfermería
[Firma]
Firma del enfermero

VALORACION DE ULCERAS POR PRESION - ESCALA DE BRADEN - BERGSTRON

CÓDIGO FOSGC-SP-02
 VERSIÓN 03
 PAGINA 1 de 1



Nombre del paciente: Diana S Henao
 Edad: 42 Sexo: M F EPS: Cross
 Numero de Historia clínica: 45448307 N.º de cama: 20 Proceso: H050
 Diagnostico:

Esta escala se utiliza en las primeras 24 horas desde el ingreso del paciente para evaluar el riesgo de padecer Ulceras por Presión

	Percepción sensorial	Exposición a humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	En cama	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	<u>sin limitaciones</u>	<u>Raramente húmeda</u>	<u>Deambula frecuentemente</u>	<u>Sin limitaciones</u>	<u>Excelente</u>	

Para el puntaje se deben sumar los valores de cada riesgo y se clasifica en la siguiente tabla la cual determina la periodicidad de la próxima valoración de la escala

Puntuación	Clasificación del riesgo	Revalorar el riesgo en	Puntaje obtenido	Fecha de la próxima revaloración
Braden-Bergstron <13	ALTO	1 día	23	30. I / 19
Braden-Bergstron Entre 13 y 14	MODERADO	3 días		
Braden-Bergstron >14	BAJO	7 días		

Puntuación	Reevaluación del riesgo	Puntaje al reevaluar	Fecha de la reevaluación
Braden-Bergstron <13	ALTO		
Braden-Bergstron Entre 13 y 14	MODERADO		
Braden-Bergstron >14	BAJO	<input checked="" type="checkbox"/>	

Acciones de seguridad para un paciente hospitalizado

- Examinar el estado de la piel a diario, evaluando color temperatura e hidratación
- Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca, eliminando la humedad de la piel provocada por transpiración, drenajes de heridas, exudado de heridas.
- Utilizar jabones o sustancias limpiadoras con bajo potencial irritativo.
- Lavar la piel con agua tibia, aplicar un secado meticuloso sin fricción evitando el masaje de las prominencias óseas.
- Aplicar cremas hidratantes, procurando su completa absorción en la piel.
- Mantener las sábanas limpias, secas y sin arrugas.
- Prefiera la utilización de ropa de tejidos naturales.
- Controle la ingesta alimentaría y de líquidos que tiene el paciente.
- Mantener una temperatura adecuada de la piel.
- En pacientes con catéter urinario se debe observar filtraciones del circuito y mantener la zona genital limpia y seca.
- Programar aseo genital con mayor frecuencia y de acuerdo a la necesidad del paciente.
- Evitar isquemia tisular por fijación inadecuada de dispositivos (sonda Foley o pañales)
- Programar cambios de posición cada 2 horas siguiendo una rotación programada e individualizada.
- Durante el periodo de sedestación de los paciente autovalentes y activos se educará al paciente para que efectúe ejercicios de extremidades y cambios de posición en forma autónoma.
- Evitar el contacto de las prominencias óseas entre si.
- En pacientes postrados se debe mantener el alineamiento corporal y la distribución del peso y el equilibrio.

F. O. L. Y Firma del familiar o representante legal
[Firma] Firma del auxiliar de enfermería
[Firma] Firma del enfermero

CLASIFICACIÓN DE RIESGOS PARA CAIDAS DE PACIENTES	CÓDIGO:	FH-27	
	VERSIÓN:	02	
	Pág.	1 de 1	

ESCALA DE MORSE ADAPTADA A LA CLÍNICA PALMIRA
 Diligencie al momento del ingreso del paciente. Marque con X según el riesgo

Nombre del paciente: Diana Sorelis Heredia Jaramillo 42 A Sexo M F

Número de HC: 43448307 Ubicación: _____ Proceso: h

EPS: 42 A Diagnóstico: _____

Factor de riesgo a identificar	Descripción del riesgo	Puntos	Evolución 24 horas	
1- Edad menor de 7 años y mayor de 60 años	No	0	0	
	Si	10	10	
2- Historia de caídas	No	0	0	
	Si	25	25	
3- Diagnóstico secundario (más de un diagnóstico relevante, medicamentos: Diuréticos, Antihipertensivos, betabloqueadores, sedantes, hipnótico, anticoagulantes,)	No	0	0	
	Si	15	15	
4- Necesita ayuda para caminar	Ninguna, reposos en cama, asistencia de familiar o personal de enfermería.	0	0	
	Usa muletas, bastón o caminador.	15	15	
	No usa muletas, ni bastón, ni caminador, pero al caminar debe apoyarse con frecuencia en objetos (por ejemplo muebles)	30	30	
5- Tiene equipo de venopunción (Líquidos, venoclisis)	No	0	0	
	Si	10	10	
6- Tiene alteraciones de la marcha	Normal, reposo en cama o silla de ruedas.	0	0	
	Débil (se sostiene de algún mueble para apoyarse)	15	15	
	Limitada, (inestable, tembloroso ,dificultad para estar de pie, paciente obeso)	20	20	
7- Estado mental	Conciente de sus limitaciones	0	0	
	No es conciente de sus limitaciones	15	15	
Fecha: <u>28/01/19</u> , Hora <u>8:00</u>	<input type="checkbox"/> <50 puntos Riesgo BAJO	<input type="checkbox"/> = ó > 50 puntos Riesgo ALTO	Puntaje Total = <u>10</u>	Puntaje Total = _____

- Acciones de seguridad para un paciente hospitalizado:**
- Subo las barandas de la cama.
 - Informo al familiar o persona responsable del paciente, que el paciente nunca deberá permanecer solo.
 - Coloco la escalera de altura en el lado por el que el paciente descenderá de la cama y doy la indicación que permanezca siempre ahí
 - Retiro y reubico todos los objetos que se encuentren en las áreas de deambulación, manteniéndola limpia (incluye mobiliario, equipo y personas).
 - Dejo encendida la luz tenue y doy la indicación de que permanezca en esas condiciones.
 - Doy la indicación de que la movilización del paciente debe ser siempre asistida y proporciono información de cómo hacerlo.
 - Chequeo que el equipo de seguridad en la habitación esté completo y funcional (barandas en baño, antideslizante de la ducha, silla para la ducha).
 - Informo al paciente o al familiar responsable sobre el riesgo de caídas y proporciono información para evitarlas, así como la uso de medidas de contención física si son necesarias y la utilización del intercomunicador o el teléfono para solicitar apoyo en caso necesario.

Firma del familiar responsable que recibe la información Diana Sorelis Heredia J.

- Acciones de seguridad para un paciente o usuario en tránsito:**
- Identificar las necesidades y posibles riesgos al ingreso.
 - Ofrecer ayuda: asistencia personal o silla de ruedas (siempre manejada por personal de salud).
 - Recomendar siempre en primera instancia el uso del ascensor o la rampa, no escaleras.
 - Verificar que el equipo de seguridad necesario se encuentre completo y funcional.

OBSERVACIONES:

Extraído de la página del ministerio de protección social: proceso para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.
<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Prevenir%20y%20reducir%20la%20frecuencia%20de%20ca%C3%ADdas.pdf>

Nombre de quién realiza la evaluación: [Signature]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTESICO
Ordenado por el articulo 13 de la ley 23/81 y por los
derechos del paciente



- yo Diana Sorelis Huaco Jaramillo identificado con cc No. 43448307 por la presente autorizo a los médicos anestesiólogos de la clinica palmira para realizar el acto anestésico adecuado para el procedimiento que se va a efectuar en mi persona o en _____ quien es menor de edad _____ o adulto con incapacidad para tomar decisiones.
- el doctor(es) _____ me han explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico en mí o en mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones.
- certifico que el medico me ha preguntado y le he respondido con la verdad sobre mis enfermedades, tos, gripa, cirugías, y anestesias anteriores, alergia posibles del embarazo, drogas que no tomo actualmente incluyendo cigarrillo, alcohol, o drogas prohibidas, exámenes de laboratorio, hora de la ultima comida. De igual manera, seguiré sus recomendaciones sobre ayuno, reposo, drogas que me formule y otras indicaciones.
- los efectos secundarios mas frecuentes de la anestesia son: nauseas, vomito, mareo, somnolencia, dolor de cabeza, ronquera, dolor de garganta, dolores musculares, dolor de espalda, inflamación de tejidos blandos, lesión de labios, y/o dientes, infecciones de la piel o sitios de inyección, hematomas, dolor en venas o arterias puncionadas u otras.
- las complicaciones mas graves son poco frecuentes, incluyen lesión del sistema nervioso central, de nervios periféricos, daños de ojos, daños de las cuerdas vocales, o de la traquea, neumonía, sueños o recuerdos intraoperatorios, alergias y reacciones adversas a las drogas, quemaduras, infarto de miocardio, trombosis o embolia pulmonar y hasta la muerte.
- el procedimiento que se va a realizar en para el tratamiento o para hacer un diagnostico y consiste en: HAT curetorectomia vaginal.
- entiendo que durante el curso de la anestesia puede representarse situaciones imprevistas que requieren cambiar el procedimiento anestésico y/o llevar acabo actos médicos adicionales por lo tanto, autorizo la realización de estos procedimientos si resultan necesarios, en estos casos también obrar en mi beneficio y teniendo en cuentas mi seguridad o la de mi acudido como prioridad.
- los médicos me han dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas en forma satisfactoria.
- manifiesto que he leído y comprendido todo lo anterior, que no hay espacios en blanco o que han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad mental y física de autorizar libremente y sin problema el presente consentimiento.

Diana Sorelis Huaco J.
Firma del paciente o persona responsable

[Signature]
Firma de testigo

Luis E. Montenegro U.
Anestesiólogo
R.M. 1842
C. 16.261.081

[Signature]
Firma del anestesiólogo

Palmira 28-01/2019
Ciudad y fecha



CLINICA PALMIRA S.A.

CONSENTIMIENTO INFORMANDO PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

(OTORGADO EN DESARROLLO DE LA LEY 23 DE 1981)
(MEDICO PARTICULAR)

NOMBRE DEL PACIENTE: Diana Sorelis Hanzo Joramillo .	ADMISSION: 28/01/19	FECHA: 19	HORA: 8:00
--	-------------------------------	---------------------	----------------------

1. Por medio de la presente constancia en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Doctor Montano Para que por su intermedio en ejercicio legal de su profesión como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el curso del personal auxiliar de servicios asistenciales de la Entidad, se me practique la siguiente intervención quirúrgica o procedimiento:

HAT - Salpingectomia - Cistocotomía

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

3. El consentimiento y autorización que anteceden han sido otorgados previa la evaluación que de mi estado de salud ha hecho el Doctor Montano con el objeto de identificar mis condiciones clínico-patológicas la advertencia que dicho médico ha hecho con respecto a los riesgos previstos y consecuencias que conlleva la intervención quirúrgica mencionada en los términos con los cuales los ha consignado en la Historia Clínica. Declaro que he recibido amplias explicaciones sobre se alcance, por parte del mismo personal.

4. Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia sea aplicada por parte de un médico anestesiólogo escogido por mi médico o por la Clínica y los autorizo para utilizar el tipo de anestesia que consideren mas aconsejables de acuerdo con mi condición clínico-patológica y el tipo de intervención que requiero. He sido advertido por el Doctor Montano sobre los riesgos que para mi caso comporta la aplicación de la anestesia, de conformidad con la constancia que figura en la Historia Clínica y he recibido satisfactorias explicaciones al respecto por parte del mencionado profesional.

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

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

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

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

Diana Sorelis Hanzo
Firma del Paciente
C.C. No. 43448307.

Dr. Juan Carlos Montano Q.
Universidad de la Habana de Cuba
Cod. 00724

J. O. S.
Firma del Responsable del Paciente
C.C. No.

Dr. Juan Carlos Montano Q.
Universidad de la Habana de Cuba
Cod. 00724

A 72



Clínica Palmira S.A.

CODIGO: FQX-08

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTERECTOMIA

Ordenado por el artículo 13 de la ley 23/81 y por los derechos del paciente

VERSION 01

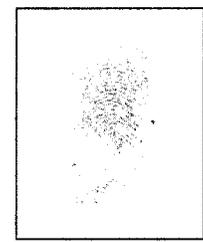
Pág 2 de 2

Yo he entendido los cuidados que debo tener antes y después de la cirugía, estoy satisfecha con la información recibida el medico tratante, quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo, me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas, y todas ellas han sido resueltas a satisfacción. Además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva este procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones que se me realice HISTERECTOMIA.

Firma del paciente XD, ana Sordis Huaco

CC 43448304 - expedida en Tumbes (Ant:)

Ciudad y fecha _____



Huella índice derecho



Clínica Palmira S.A.

CODIGO: FQX-08

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTERECTOMIA

VERSIÓN 01

Ordenado por el artículo 13 de la ley 23/81 y por los derechos del paciente

Pág 1 de 2

Diana Sorelis Henao Jaramillo .

(Nombre)

consiento en que el (la) doctor(a) _____ como cirujano(a) y el (la) ayudante que el (ella) designe, me realice HISTERECTOMÍA como tratamiento para _____

Entiendo que esta cirugía consiste básicamente en la extirpación del útero con o sin el cuello, lo que supone la imposibilidad de tener hijos, así como la ausencia de menstruación la histerectomía puede llevar asociadas la extirpación de los anexos (ovarios y trompas) según edad, patología asociada por criterio medico en el momento de la intervención. Al extirpar los ovarios se instaura la menopausia, pudiendo recibir terapia hormonal sustitutiva posteriormente, según indicación medica. Esta cirugía puede realizarse por: vía laparoscópica, vía vaginal, o comúnmente vía abdominal (apertura quirúrgica en la cara anterior del abdomen). Entiendo que si se inicia la cirugía vía vaginal, ante los hallazgos o circunstancias de la cirugía, existe la posibilidad de que el cirujano se vea en la necesidad de proceder a continuar vía abdominal dependiendo del criterio medico.

Se me ha explicado y entiendo que no es posible garantizar resultado alguno pues la practica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta, debiendo mi medico colocar todo su conocimiento y su pericia para buscar obtener el mejor resultado.

También he entendido que existen otros tipos de tratamientos, por ejemplo: miomectomia para los miomas (sacar solo el tumor), tratamiento hormonal para hemorragias o endometriosis (dar medicamentos tomados o inyectados) y en mi caso particular _____ los cuales no acepto y voluntariamente he elegido HISTERECTOMIA.

Entiendo claramente que esta operación me dejara con una permanente incapacidad para tener hijos, y acepto la infertilidad producida por ella y en caso de que sea necesario extirparme los ovarios acepto las consecuencias de la ausencia de las hormonas que ellos producen.

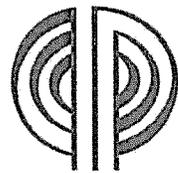
Entiendo que para esta cirugía se necesita anestesia, la cual se evaluara y realizara por el servicio de anestesia.

Entiendo que la pieza extirpada se someterá a estudio anatomopatológico posterior siendo mi deber el reclamar su resultado e informarlo al medico.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica, y por causa independiente del actuar de mi médico, se pueda presentar complicaciones comunes y potencialmente serias, que podrían requerir de tratamientos complementarios médicos y quirúrgicos, siendo las complicaciones mas frecuentes de la histerectomía: nauseas, vomito, dolor, inflamación, moretones, seromas (acumulación de liquido en la cicatriz), granulomas en piel o en vagina (reacción a cuerpo extraño o sutura), queloide (crecimiento excesivo de la cicatriz), hematomas, sobre todo en la cúpula vaginal (acumulación de sangre), cistitis, retención urinaria, sangrado o hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria), infecciones con posible evolución febril (abscesos de cúpula, urinarios, de pared abdominal, pélvicas), reacciones alérgicas, ileo paralítico (acumulación de gases y liquido en el intestino) y anemia, heridas o quemadura por bisturí eléctrico involuntarias en vasos sanguíneos, vejiga u otros órganos o para solucionar problemas tardíos como dolor pélvico, adherencias, fistulas (escape involuntario de orina o materia fecal por la vagina), eventración (hernia en la cicatriz), prolapsos (descensos) de cúpula vaginal, quistes en los ovarios (cuando se conservan los anexos) y obstrucciones en el uréter (conducto que lleva a la orina hasta la vejiga). La posibilidad de complicaciones severas como pelviperitonitis (infección generalizada en el abdomen), ligadura de uréter con perdida renal, heridas u obstrucciones de arteria iliaca con compromiso de la circulación de la pierna (amputación), trombosis o muerte son raras, pero como en toda intervención quirúrgica, representa un riesgo excepcional de perder la vida derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.

En mi caso particular, el (la) doctor (a) me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:

1193



CLINICA
PALMIRA S.A.
NIT. 891.300.047-6

AUTORIZACIÓN

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 43448307		ADMISIÓN No.: 397696	
NOMBRE: Diana Sorelis	PRIMER APELLIDO: HENAO	SEGUNDO APELLIDO: Jaramillo	
SERVICIO: CX	SALA Ó CUARTO:	CAMA: CX	FECHA:

Por medio de la presente, autorizo a todos los Médicos, Cirujanos, Personal Paramédico y de Enfermería, para practicar en mi persona todos los procedimientos Médico-quirúrgicos, exámenes de Laboratorio y cuidados que consideren necesarios durante mi permanencia hospitalizado (a) en Clínica Palmira S.A.

Declaro que tengo conocimiento y he sido advertido de los riesgos inherentes a los procedimientos médicos-quirúrgicos. Cuando los profesionales Médicos y la Oficina Médico Legal lo consideren pertinente, en caso de fallecimiento, podrán, con el consentimiento de mi familia, practicar un examen especial o autopsia con el objeto de conocer la causa del fallecimiento e informar a mi familia o a la Ley, sobre el particular.

Si la hospitalización obedece a una atención de maternidad, esta autorización se hace extensiva al niño que nazca en esta Clínica.

Diana Sorelis Henao
Firma del Paciente

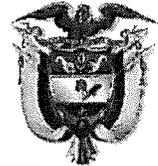
Médico que Hospitaliza

F. Jaramillo
Parente Cercano

Declaración DE ALTA VOLUNTARIA Y RECHAZO DE SERVICIOS

Palmira, _____ de 2.0 _____

Declaro que abandono esta Clínica por mi propia voluntad y contra el consejo médico que me recomienda permanecer en ella. Por lo tanto, no habrá responsabilidad alguna por parte de la Clínica, médicos y personal que han estado atendiéndome en caso de presentarse complicaciones.



Lazos



NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: 2019000197556 Fecha: 21/01/2019 Hora: 16:20

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: EMSSANAR E.S.S		CÓDIGO: ESSC18	
Nombre prestador: CLINICA PALMIRA SA - PALMIRA (VALLE)		NIT/CC: 891300047	
Código: 765200227301	Dirección prestador: KR 31 # 31 - 62		
Departamento: VALLE DEL CAUCA	76	Municipio: PALMIRA	520
Teléfono: 2755557			

DATOS DEL PACIENTE

HENAO		JARAMILLO		DIANA		SORELIS	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación				43448307			
<input type="checkbox"/> Registro civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	Número documento de identificación					
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin identificación	Fecha de nacimiento:		21/06/1976			
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificación	Régimen afiliación:		CONTRIBUTIVO			
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería	<input type="checkbox"/> Permiso especial de permanencia						
Dirección de residencia habitual: CRA 44B 49 72				Teléfono: 0			
Departamento: VALLE DEL CAUCA		76	Municipio: PALMIRA		520		
Teléfono celular:				Correo electrónico: sorely.76@gmail.com			

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta externa Hospitalización Servicio Cama

Urgencias

Manejo integral según guía de:

SERVICIO	CÓDIGO	CANTIDAD
PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA EN TUBO	911022	2
PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS ESTANDAR	911106	2

Notas auditor:

Justificación Clínica: paciente con cx programada pero tiene orden vencida. favor renovar .
 SE REQUIERE RESERVA DE 02 UND DE GLOBULOS ROJOS COMPATIBLES. .

NÚMERO DE SOLICITUD DE ORIGEN: 9952092 Fecha: 21/01/2019 Hora: 16:12

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los sevicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:

Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:

Recaudo del prestador	Concepto	Valor a pagar por el usuario	Porcentaje (%)	Acumulado copago en el año
<input checked="" type="checkbox"/>	Cuota moderadora	3.200,00	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Copago			<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Cuota de recuperación			<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Otro. Cuál _____			<input type="text"/>

Valor máximo (Tope) en pesos:

Centro de costo

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza: LAURA SALAZAR HERNANDEZ Teléfonos: Nariño - Putumayo 2-733 68 89
 Cauca - Valle 2-385 02 12
 Línea gratuita nacional 01-8000-129393

Cargo o actividad: AUDITOR POS

Teléfono celular: _____

Sujeto a auditoría médica

Caducidad de la Autorización 90 días



**MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

NÚMERO DE SOLICITUD 2018147101

Fecha: 21/09/2018

Hora: 17:04

INFORMACION DEL PRESTADOR (solicitante)								
Nombre	COOEMSSANAR IPS PALMIRA					Nit	900077584-5	
Código	765200705902	Dirección prestador:		CALLE 32 A NO 30 - 22				
Teléfono:	2867158	Departamento:	VALLE	76	Municipio:	PALMIRA - Valle	520	
ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR)			EMSSANAR ESS CON			CODIGO:	ESSC18	
DATOS DEL PACIENTE								
HENAO	JARAMILLO		DIANA		SORELIS			
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento de Identificación	CC	Número documento de identificación		CC43448307	Fecha de Nacimiento	21/06/1976		
Dirección de Residencia Habitual:		CLL 51A 45 37 LLANOGRANDE			Teléfono:	31284094503117942107		
Departamento:	VALLE	76	Municipio:	PALMIRA	520			
Teléfono (celular):		Correo electrónico						
Cobertura en salud	CONTRIBUTIVO							
INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS								
Origen de la atención		Tipo de servicios solicitados			Prioridad de la atención			
Enfermedad general		SERVICIOS ELECTIVOS			NO PRIORITARIA			
Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:				Servicio	Cama			
AMBULATORIO				CONSULTA EXTERNA				
Manejo integral según Guía de :								
Código CUPS	Cantidad	Descripción						
1	597104	1	CISTOURETROPEXIA VAGINAL					
2	665001	1	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA					
3	684000	1	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL SOD					
4	890226	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA					
5	902045	1	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]					
6	902049	1	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]					
7	902210	1	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO					
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
Justificación Clínica:								
<p>PACIENTE CON CUADRO DE DISMENORREA + SANGRADO UTERINO ANORMALPOR LO CUAL REALIZAN ECO QUE EVIDENCIA HIPERPLASIA ENDOMETRIO + POLIPOSIS PACIENTE CON CUADRO DE DISMENORREA + SANGRADO UTERINO ANORMALPOR LO CUAL REALIZAN ECO QUE EVIDENCIA HIPERPLASIA ENDOMETRIO + POLIPOSIS CLINICAMENTE SE EVIDENCIA MIOMATOSI UTERINA + HEMORRAGIA UTERINA+ CISTOCELE CON INCONTINENCIA URINARIA POR LO CUAL SE PROGRAMA HISTERECTOMIA+ CISTOPEXIA+SALPINGUECTOMIA BILATERAL EN PROFILAXIS DE CANCER DE OVARIO SE SOLICITA APREVIA VALORACION POR ANESTESIA</p>								
Confirmado Nuevo	Código CIE10	Descripción						
Diagnóstico Principal	D251	LEIOMIOMA INTRAMURAL DEL UTERO						
Diagnóstico Relacionado1	R32X	INCONTINENCIA URINARIA- NO ESPECIFICADA						
Diagnóstico Relacionado2								
INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA								
Nombre de que solicita	MUÑOZ ANGEL OSCAR RAUL				Teléfono	2867158		
Cargo o actividad:	GINECOLOGIA GINECOLOGIA OBSTETRICIA				Teléfono celular:			

 Cooperativa Emssanar Institución Prestadora de Salud	COEEMSSANAR IPS	CONSULTA EXTERNA
	CALLE 32 A NO 30 - 22 - 2867158	
	Nit 900077584-5	VERSION DOS DE 2017
HISTORIA CLINICA AMBULATORIO		

No. H. C.	76520170062196 - 4209730 - CC43448307	Fecha Ingreso	21/09/2018 17:00	Fecha Egreso	
Sede	PALMIRA	Consulta	Primera Vez	PYP	
IPS Primaria	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - PALMIRA (VALLE)				

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	HENAO JARAMILLO DIANA SORELIS	DOC. ID.	CC43448307
LUGAR NAC.	TAMESIS	FEC. NAC.	21/06/1976
E. CIVIL	CASADO (A)	EDAD	42 Años
OCUPACIÓN	Vendedores y demostradores de tiendas y almacenes	SEXO	FEMENINO
CIUDAD	TAMESIS	BARRIO	CENTRAL (Urbana)
DIRECCIÓN RESIDENCIA	CLL 51A 45 37 LLANOGRANDE	TELÉFONO	31284094503117942107
ESTRATO	COTIZANTE	GS - RH	O+
ACUDIENTE	JHON DE JESUS FRANCO	TELÉFONO	3117942107
PARENTESCO	ESPOSO (A)	REGIMEN	CONTRIBUTIVO
EMPRESA	CONTRIBUTIVO VALLE MEDIANA COMPLEJIDAD		
ETNIA	MESTIZO	G. POBLACIONAL	Otro grupo poblacional
ESCOLARIDAD	MEDIA TECNICA (BACHILLERATO TECNICO)	EPS	EMSSANAR ESS CON
DISCAPACIDAD	NINGUNO	ORIENTACION SEXUAL	
CONDICIÓN VULNERABILIDAD		PROGRAMA SOCIAL	
HECHOS VICTIMIZANTES			

MOTIVO CONSULTA	REMITIDA
ENFERMEDAD ACTUAL	PACIENTE CON CUADRO DE DISMENORREA + SANGRADO UTERINO ANORMAL POR LO CUAL REALIZAN ECO QUE EVIDENCIA HIPERPLASIA ENDOMETRIO + POLIPOSIS

HALLAZGOS REVISIÓN POR SISTEMAS

1. RESPIRATORIO : Normal	7. PIEL Y ANEXOS : Normal
2. ORGANOS DE LOS SENTIDOS : Normal	8. OSTEOMUSCULAR : Normal
3. CARDIOVASCULAR : Normal	9. ENDOCRINO : Normal
4. GASTROINTESTINAL : Normal	10. PSICOSOCIAL : Normal
5. GENITOURINARIO : MAMAS SIN ALTERACIONES UTERO 9X9X9 CMS MIOMATOSO CISTOCELE +++++ BANKY++++	11. LINFÁTICO : Normal
6. NEUROLÓGICO : Normal	12. OTRO : Normal

TIPO	DESCRIPCIÓN ANTECEDENTES
FAMILIARES	MAMA DM HTA, CANCER PULMONAR EL PAPA , 26/04/2018
QUIRURGICOS	POMEORRY 26/04/2018
MEDICAMENTOS EN USO	NO 26/04/2018
TOXICO-ALERGICOS	NO 26/04/2018
PATOLOGICOS	NO 26/04/2018
TRAUMATICOS	NO 26/04/2018
SINTOMATICO RESPIRATORIO	NO 26/04/2018
SINTOMATICO DE PIEL	NO 26/04/2018
OCUPACIONAL	Negativo
OTROS	Negativo
ANTECEDENTES PRENATALES	Negativo
ANT NEONATALES	Negativo
ANT HOSPITALIZACION	NO 26/04/2018
NUTRICIONALES	Negativo
TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA?	SI 26/04/2018
UTILIZA CONDÓN?	Negativo
HA TENIDO INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL?	NO 26/04/2018
HA SUFRIDO ALGUNA AGRESION SEXUAL?	NO 26/04/2018
HA COMPARTIDO JERINGAS?	Negativo
SE HA PINCHADO CON AGUJAS O MATERIAL CONTAMINADO?	Negativo
SE HA REALIZADO TATUAJES O PIERCING?	NO 26/04/2018
SE HA REALIZADO PROCEDIMIENTOS ESTETICOS?	Negativo
SE HA REALIZADO ALGUNA VEZ PRUEBA DE VIH?	SI 26/04/2018
HA SIDO VICTIMA VIOLENCIA?	Negativo
ANTECEDENTES INFECCION VIH	Negativo

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS

G:	5	P:	3	C:	0	A:	2	V:	2	M:	0	F. U. M:	04/04/2018	F. U. P.	
EMBARAZOS PREVIOS Y RN															
RN Ultimo						Fecha Ultimo						Complicaciones RN			
Edad Menarquía (años):	12	Numero compañeros sexuales último año:	1	VIH-SIDA	NO	Edad Sexarca	16								



CLINICA PALMIRA SA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO

1. Ordenado por el artículo 13 de la ley 23/81 y por los derechos del paciente

1. Yo Dra. Sorelis Itua y identificado con CC 43.448.307.

por la presente autorizo a los médicos anestesiólogos de Clínica Palmira para realizar el acto anestésico

adecuado para el procedimiento que se va a efectuar en mi persona o en _____

_____ quien es menor de edad () o adulto con incapacidad para tomar decisiones

DR. CARLOS ARTURO TELLEZ

2. El doctor(es) _____ me ha(n) explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico en mi o en mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones.

3. Certifico que el medico me ha preguntado y le he respondido con la verdad sobre mis enfermedades, tos, gripa, cirugías y anestesiás anteriores, alergias posibles del embarazo, drogas que no tomo actualmente incluyendo cigarrillo, alcohol, o drogas prohibidas, exámenes de laboratorio, hora de la última comida. De igual manera, seguiré sus recomendaciones sobre ayuno, reposo, drogas que me formule y otras indicaciones.

4. Los efectos secundarios más frecuentes de la anestesia son: náuseas, vomito, mareo, somnolencia, dolor de cabeza, ronquera, dolor de garganta, dolores musculares, dolor de espalda, inflamación de tejidos blandos, lesión de labios, y/o dientes, infecciones de la piel o sitios de inyección, hematomas, dolor en las venas o arterias puncionadas u otras.

5. Las complicaciones más graves son poco frecuentes, incluyen lesión del sistema nervioso central, de nervios periféricos, daños de ojos, daños de las cuerdas vocales o de la traquea, neumonía sueños o recuerdos intraoperatorios, alergias, y reacciones adversas a las drogas, quemaduras, infarto de miocardio, trombosis, o embolia pulmonar y hasta la muerte.

6. El procedimiento que se va a realizar es para el tratamiento o para hacer un diagnóstico y consiste en:

H.A.T + Cistocuretopenia + Salpingostomía
salteral

7. Entiendo que durante el curso de la anestesia puede presentarse situaciones imprevistas que requieren cambiar el procedimiento anestésico y/o llevar a cabo actos médicos adicionales por lo tanto, autorizo la realización de estos procedimientos si resultan necesarios. En estos casos, el médico también obrará en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad o la de mi acudido como prioridad.

8. El (los) médicos me han dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas en forma satisfactoria.

9. Manifiesto que he leído y comprendido todo lo anterior que no hay espacios en blanco o que han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad mental y física de autorizar libremente y sin problema el presente consentimiento.

Dra. Sorelis Itua
Firma del paciente o persona responsable

Firma de testigo

cc: 43448.307.

09 NOVIEMBRE /2018
PALMIRA /VALLE

Firma del anestesiólogo

Carlos Arturo Tellez R.
ANESTESIOLOGO
R. M. - 13522

Ciudad y fecha



CLINICA PALMIRA
NIT 891300047-6
VALORACION PRE-ANESTESICA

NOMBRE DE PACIENTE: DIBNO HENDO JARDIMILU.

FECHA: 09 / 11 / 18

EDAD: 42

PROCEDIMIENTO QX: Endometriosis, Histerectomía, salpingectomía
Cistoureteroptexia vaginal.

ANTECEDENTES

PERSONALES: ANGINA (-) DIBNED (+)

PATOLOGICOS: Fibromialgia 14 años

QX: (Histerectomía total) 19 años Pomeroy

ANESTESIOLOGICOS: Regional sin complicaciones

TOXICOS: (-)

ALERGICOS: (-)

MEDICAMENTOSOS: Dolex, aduil max.

TRANSFUCIONALES: (-)

GO: GJP3D2

LABORATORIOS: HB: 12.9 HTO: 40 PLAQUETAS: 320 CREATININA: _____

PT: 11.0 PTT: 27.0 INR: 0.94 GLICEMIA: _____

EKG: _____

EXAMEN FISICO:

TA: 110/80 FC: 60 MALLAMPATI: 3 DMG: > 5

APERTURA BUCAL: 4 CM. PROTESIS DENTAL: No.

CABEZA: _____

ORL: _____

CUELLO: _____

CARDIOPULMONAR: _____

TORAX: _____

ABDOMEN: _____

GENITALES: _____

EXTREMIDADES: _____

SNC: _____

ASA: _____

GRUPO SANGUINEO: O+

OBSERVACION: SS programar cirugía, pto asintomática C.Vascular

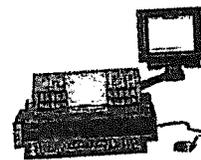
Firma consentimiento de anestesia. Se informa de riesgos.

C/P Normal.

*Reovar
ozonid
Glozulos
Pepos.*

ANESTESIOLOGO
Carlos Arturo Tellez R.
LOGO
Coronel

CENTRO MEDICO
JORGE ALFONSO GOMEZ MONTOYA
MEDICO RADIOLOGO - ECOGRAFISTA
Registro Deptal Salud del Valle 13908



PACIENTE: DIANA HENAO

ECOGRAFIA: PELVICA T.V

FECHA: JULIO 18 DE 2018

Útero: mide 6.0x5.0x4.0cms en AVF con bordes regulares.

Núcleo miomatoso subseroso intramural en cara anterior del cuerpo uterino que esta en contactó con el endometrio mide 10x10mm.

Endometrio hiperecogénico con un espesor de 16mm en relación a:

- 1- Hiperplasia.
- 2- Poliposis.

No saco gestacional mayor de 4 semanas intra y/o extrauterino.

Ovarios con folículos normales en su interior, el ovario derecho mide 2.5x1.6cms y el ovario izquierdo mide 2.4x1.5cms.

Tubas no dilataciones que sugieran patología tubaricas.

No quistes.

No colecciones inflamatorias.

No liquido libre en fondo de saco de Douglas.

Vejiga sin evidencia ecográfica de alteraciones anatómicas.

Atentamente,


DR. JORGE GOMEZ
Medico Radiólogo-Ecografista
R.M 13908

Jorge Alfonso Gomez M
Medico Radiólogo - Ecografista
Reg Deptal . salud del valle
13908

**Dr. ADOLFO OVIEDO GUERRA
RADIOLOGO ECOGRAFISTA
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO**

**PACIENTE: DIANA HENAO
ECOGRAFIA: ABDOMINAL
FECHA: FEBRERO 10 DE 2018**

Hígado: De ecotextura conservada, no hepatomegalia, contornos hepáticos lisos, no imágenes nodulares, no hígado graso.

Vesícula Normal, no litos.

Pared y tamaño vesicular normales.

No edema de pared vesicular.

No líquido libre rodeando la vesícula.

No dilatación de las vías biliares

Relación porta colédoco normal, El colédoco mide 3.5mm normal. Porta mide 9.2mm normal.

Páncreas normal. No pseudoquistes, no colecciones.

Riñones: Tamaño renal normal, no litos, no hidronefrosis no pielogada, no dilataciones pielocaliciales, no colecciones perirenales.

Cortical hipocóica normal, grosor normal en ambos riñones.

Bazo normal no esplenomegalia.

No dilatación de asas intestinales.

Gas intestinal abundante considere disfunción del colon-parasitismo.

Sugiero TSH, T4 libre

No ascitis

No adenopatías periaórticas ni pericavales.

Vejiga normal paredes lisas.

Útero mide 77x41mm, no miomas evidentes por vía suprapúbica, endometrio en fase secretora mide 10mm en sus dos capas.

No quistes macro mayores de 30mm ni masas sólidas o heterogéneas en hueco pélvico evidentes por vía suprapúbica.

No colecciones inflamatorias, no líquido libre en fondo de saco de Douglas.

Con transductor de partes blandas se valoró región inguinal-umbilical

No hernia inguinal.

No hernia umbilical.

Atentamente,

**DR. ADOLFO OVIEDO G.
Médico Radiólogo**



LABORATORIO CITOLOGÍA - PATOLOGÍA

Dra. Nora Beatriz Ayala
Médica - Patóloga, Registro Médico No. 620
Universidad del Cauca - Universidad del Rosario
Hospital Militar Central
NIT. 38.971.944 - 1

SISTEMA BETHESDA

NOMBRE : DIANA SORELIS HENAO
CEDULA : 43448307
EDAD : 42 AÑOS
ENTIDAD : LAB. MARIBEL ROJAS
TELEFONO : 3117942107

REGISTRO : 1060
FECHA ENTRADA : 26/07/2018
FECHA ENTREGA : 13/08/2018
MUNICIPIO : CALI
PLACA REMISION : 56381

RESULTADO DE LA CITOLOGIA VAGINAL

CALIDAD DE LA MUESTRA

- SATISFACTORIA CON PRESENCIA DE CELULAS ENDOCERVICALES Y/O ZONA DE TRANSFORMACION**
- SATISFACTORIA CON AUSENCIA DE CELULAS SATISFACTORIA CON AUSENCIA DE CELULAS ENDOCERVICALES Y/O ZONA DE TRANSFORMACION**

INSATISFACTORIA

- Celularidad escasa
- Mal fijada o rota
- Solo Material Hemorrágico y/o inflamatorio severo.
- Solo Material Hemorrágico y/o inflamatorio severo.
- Ausencia de identificación y datos clínicos.

CATEGORIZACIÓN :

NEGATIVA PARA LESION INTRAEPITELIAL Y/O MALIGNIDAD

CELULAS EPITELIALES ANORMALES :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ANORMALIDADES EN CELULAS ESCAMOSAS | <input type="checkbox"/> ANORMALIDADES EN CELULAS GLANDULARES |
| <input type="checkbox"/> Atipias en células escamosas de significado indeterminado (ASC - US) | <input type="checkbox"/> Atipias de células glandulares (ACG) |
| <input type="checkbox"/> Atipias en células escamosas de significado indeterminado que no excluye LEI AG (ASC - H) | <input type="checkbox"/> Células endocervicales atípicas sospechosas de malignidad |
| <input type="checkbox"/> LEI BG (Cambios asociados a infección por HVP o displasia leve (NICI). | <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma endocervical . |
| <input type="checkbox"/> Lesión escamosa intraepitelial de Alto grado. | <input type="checkbox"/> Células endometriales de aspecto benigno en postmenopausia. |
| <input type="checkbox"/> Carcinoma Escamocelular | <input type="checkbox"/> Células endometriales atípicas sin ningún otro significado. |
| | <input type="checkbox"/> Células endometriales atípicas sospechosas de malignidad. |
| | <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma endometrial . |
| | <input type="checkbox"/> Otras neoplasias . |

OTROS HALLAZGOS NO NEOPLÁSICOS

- Cambios Reparativos y/o inflamatorios.
- Atrofia.
- Cambios por Radioterapia y/o DIU

- INFECCION :**
- Vaginosis Bacteriana.
 - Candida Sp.
 - herpes Simple
 - Trichomonas

OBSERVACIONES : LEUCOCITOS +++

DRA. NHORA BEATRIZ AYALA L.
MD. PATOLOGA

3154679707

Dr. Oscar Raúl Miranda
GINECOLOGO Y OBSTETRA
MÉDICO CHILANO DE MÉDICA
UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

importante continuar con los controles periódicos para prevenir el cáncer.
citología no es un método de diagnóstico. Toda citología corresponde a un screening, por lo tanto toda atipia debe ser confirmada por Colposcopia / Biopsia.

CLINICA PALMIRA S.A.
NIT. 891300047-6
CARRERA 31 # 31-62
2856070

HISTORIA CLINICA: 43448307
Páginas: 1 de 2
Fecha de Impresión: 24/11/2023 9:50:51
Usuario: MARIA DEL ROSARIO CRUZ RIVERA

I. Información del paciente

Paciente: DIANA SORELIS HENAO JARAMILLO No. Identificación: CC 43448307 Fecha Nacimiento: 21/6/1976
Dirección: CRA 44 B# 49-72 Teléfono: Celular: Estrato: R1
Edad: 42 Año(s) Empresa: EMSSANAR E.S.S 2018 (Contrib) Punto Atención: CIRUGIAS

CIRUGIA GINECO/OBSTETRICIA

Fecha Historia: 28 ene 2019 10:31 a.m. No. Documento: ADM-CP 397696 Código Prestador: 765200227301

Enfermedad actual PACIENTE PROGRAMADA PARA HISTERECTOMIA DE AYER EN LA MAÑANA
REFIERE SENTIRSE BIEN
ADECUADO CONTROL DE DOLRO
PRESENTO NAUSEAS Y EMESIS EN LA MADRUGADA
MOVILIZACION ACTIVA

Antecedentes Personales y Otros

motor Diagnóstico principal: (D259) LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION
Diagnóstico Relacionado 1: (N811) CISTOCELE
Tipo Diagnóstico: Diagnóstico nuevo
Causa Externa: Enfermedad general

Diagnósticos -

Diagnostico CIE10 Diagnóstico principal: (D259) LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION

JUAN CARLOS MONTAÑO QUINTERO CC 16284457
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
724

Se firma Electrónicamente

Evolución Clínica No. 1

Punto Atención: CIRUGIAS

Dr(a): JOSE FERNANDO PAZOS FAJARDO - MEDICINA GENERAL - Registro médico: 192761 - Fecha atención: 28 ene 2019 03:39 p.m.

Medicamentos Formulados

Formulas Acetaminofen 500 mg tableta - Dosis: 2 TAB - Vía: Vacío - Cantidad: 40 - Presentación: - Indicaciones:
Cefalexina Tableta 500 mg - Dosis: 1 TAB - Vía: Vacío - Cantidad: 20 - Presentación:Tableta 500 mg - Indicaciones:
Diclofenaco sódico 50 mg gragea - Dosis: 1 TAB - Vía: Vacío - Cantidad: 21 - Presentación:gragea 50 mg - Indicaciones:
Procedimientos enviados Procedimiento: CONSULTA DE CONTROL MEDICINA ESPECIALIZADA - Cantidad: 1 - Pertinencia: Prioritario - Indicaciones:
CONTROL G/O EN 14 DIAS
Procedimiento: DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES EN URGENCIAS - Cantidad: 1 - Pertinencia: Prioritario -
Indicaciones: RETIRO DE SUTURA EN 14 DIAS
Incapacidad Fecha: 28/01/2019 - Días incapacidad: 30 - Prorroga: NO - Tipo incapacidad: Enfermedad general - Clase de atención:
Hospitalaria electiva

Diagnósticos -

Diagnostico CIE10 Diagnóstico principal: (D259) LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION
Diagnóstico Relacionado 1: (N811) CISTOCELE

Tipo Diagnóstico: Diagnóstico nuevo
Finalidad Consulta: No aplica
Causa Externa: Enfermedad general

Edad: 42 Año(s) Empresa: EMSSANAR E.S.S 2018 (Contrib) Punto Atención: CIRUGIAS

CONSULTA ESPECIALISTA

Fecha Historia: 28 ene 2019 03:39 p.m. No. Documento: ADM-CP 397696 Código Prestador: 765200227301

Enfermedad actual PACIENTE PROGRAMADA PARA HISTERECTOMIA DE AYER EN LA MAÑANA
REFIERE SENTIRSE BIEN
ADECUADO CONTROL DE DOLRO
PRESENTO NAUSEAS Y EMESIS EN LA MADRUGADA
MOVILIZACION ACTIVA

Diagnósticos -

Diagnostico CIE10 Diagnóstico principal: (D259) LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION
Diagnóstico Relacionado 1: (N811) CISTOCELE

Tipo Diagnóstico: Diagnóstico nuevo

CLINICA PALMIRA S.A.
NIT. 891300047-6
CARRERA 31 # 31-62
2856070

HISTORIA CLINICA: 43448307
Páginas: 2 de 2
Fecha de Impresión: 24/11/2023 9:50:51
Usuario: MARIA DEL ROSARIO CRUZ RIVERA

I. Información del paciente

Paciente: **DIANA SORELIS HENAO JARAMILLO** No. Identificación: **CC 43448307** Fecha Nacimiento: 21/6/1976
Dirección: CRA 44 B# 49-72 Teléfono: Celular: Estrato: R1

Finalidad Consulta: No aplica
Causa Externa: Enfermedad general



JOSE FERNANDO PAZOS F.
Medico. Cirujano
UNIVERSIDAD DEL CAUCA
Nº 19.2761

JOSE FERNANDO PAZOS FAJARDO CC 94331212
MEDICINA GENERAL
192761

Se firma Electrónicamente

Edad: 42 Año(s) Empresa: **EMSSANAR E.S.S 2018 (Contrib)** Punto Atención: HOSPITALIZACION

ESTANCIA-HOSPITALIZACION

Fecha Historia: 29 ene 2019 07:05 a.m.

No. Documento: ADM-CP 397696

Código Prestador: 765200227301

Motivo consulta POSTQXCA HISERECTOMIA
Enfermedad actual PACIENTE PROGRAMADA PARA HISTERECTOMIA DE AYER EN LA MAÑANA
REFIERE SENTIRSE BIEN
ADECUADO CONTROL DE DOLRO
PRESENTO NAUSEAS Y EMESIS EN LA MADRUGADA
MOVILIZACION ACTIVA

Gineco-Obtetricos

Observaciones TRANQUIÑA BUENE SYADO

Exámen Físico Y Deportes

Signos vitales Talla:0.00 Peso:0.00 I.M.C.:0.00 T.A.:110/80 F.C.:88 F.R.:18 T:0.00
Apariencia MUCOSAS HUEMDA SROSADAS
C/P NORMAL
ABD BALNDOD EPRESIBLE
HERIDA QXCA SECA BUENE STADO
NIO IRRITACION PERITONEAL
SANGRADO VAGINAL MINIMO
NO EDEMAS

Diagnósticos -

Diagnostico CIE10 Diagnóstico principal: (D259) LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION
Diagnóstico Relacionado 1: (N811) CISTOCELE

Tipo Diagnóstico: Diagnóstico nuevo
Finalidad Consulta: No aplica
Causa Externa: Enfermedad general



JOSE FERNANDO PAZOS F.
Medico. Cirujano
UNIVERSIDAD DEL CAUCA
Nº 19.2761

JOSE FERNANDO PAZOS FAJARDO CC 94331212
MEDICINA GENERAL
192761

Se firma Electrónicamente

SQLSimens® www.sqlsimens.com

I. Información del paciente

Paciente: DIANA SORELIS HENAO JARAMILLO	No. Identificación: CC 43448307	Fecha Nacimiento: 21/6/1976	
Dirección: CRA 44 B# 49-72	Teléfono:	Celular:	Estrato: R1
Edad: 42 Año(s)	Empresa: EMSSANAR E.S.S 2018 (Contrib)	Punto Atención: URGENCIAS	

CONSULTA DE URGENCIAS

Fecha Historia: 30 ene 2019 10:58 a.m.

No. Documento: ADM-CP 398065

Código Prestador: 765200227301

Motivo consulta MC TENGO MUCHO DOLOR ABDOMINAL, ANTEC FIBROMIALGIA SATO 95 %
Enfermedad actual PACIENTE DE 42 AÑOS, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS, ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 2 DIAS DE EVOLUCION DE DEPOSICIONES DIARREICAS AMRILLENAS, ASOCIADO A NUSEAS, EMESIS POSTPRANDIAL, POSTERIOR A PROCEDIMIENTO QX REALIZADO EL 28/01/2019 EN ESTA INSTITUCION (HISTERECTOMIA), CONTINUA CON DOLOR ABDOMINAL, POR LO CUAL CONSULTA

Antecedentes Familiares

Antecedentes Familiares NIEGA

Antecedentes Personales y Otros

Patológicos NIEGA
Alérgicos NIEGA
Quirúrgicos HISTERECTOMIA + SALPIGECTOMIA
CISTOURETROPXIA
Farmacológicos NIEGA

Revision Por Sistemas

General LO REFERIDO EN LA ENFERMEDAD ACTUAL

Exámen Físico Y Deportes

Apariencia CABEZA: PINR, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS HIDRATADAS
ORL: CAVIDAD ORAL SIN ALTERACIONES, OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL
TORAX: NORMOEXPANSIVO,
CARDIACO: RsCsRS NO SOPLOS
PULMONAR: MURMULLO VESICULAR NORMAL, NO SOBREGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION EN HEMIABDOMEN INFERIOR, NO IRRITACION PERITONEAL, CICATRIZ QX SIN SIGNOS DE SOBREENFECCION, NO MEGALIAS, NO MASAS
EXTREMIDADES: MOVILES NO EDEMAS, NO DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL
NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADO, GLASGOW 15/15 FUERZA MUSCULAR 5/5
Talla:1.64 Peso:75.00 I.M.C.:27.89 T.A.:130/80 F.C.:117 F.R.:20 T:36.70

Signos vitales

Diagnósticos -

Diagnostico CIE10 Diagnóstico principal: (Z988) OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Diagnóstico Relacionado 1: (A09X) DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO

Tipo Diagnóstico: Diagnóstico nuevo
Finalidad Consulta: No aplica
Causa Externa: Enfermedad general

Plan Tratamiento-Manejo

Plan de Manejo SE DA MANEJO SINTOAMTICO, SOLICITO HEMOGRAMA, REEVALROAR


Alexander López V.
Médico General
Reg. Med 765450

ALEXANDER LOPEZ VILLARREAL CC 1143829256
MEDICINA GENERAL
765450
Se firma Electrónicamente

Evolución Clínica No. 1

Punto Atención: URGENCIAS

Dr(a): ALEXANDRA PATRICIA GONZALEZ MORA - MEDICINA GENERAL - Registro médico: 762611-07 - Fecha atención: 30 ene 2019 02:32 p.m.


Alexandra Patricia Gonzalez Mora
Médico General
Reg. Med 765450

I. Información del paciente

Paciente: DIANA SORELIS HENAO JARAMILLO	No. Identificación: CC 43448307	Fecha Nacimiento: 21/6/1976	
Dirección: CRA 44 B# 49-72	Teléfono:	Celular:	Estrato: R1

Evolución hospitalaria

Evolucion HISTORIA CLINICA DESCRITA
HEMOGRAMA LEUCOS 24.870 N: 93.3 L: 5.4 HB. 13.0 HCTO: 41.2 PLAQUETAS: 328.000.
SE EVIDENCIA LEUCOCITOSIS AUMENTADA Y NEUTROFILIA
SIN EMBARGO LA PACIENTE MANIFIESTA QUE SE ENCUENTRA EN MEJORES CONDICIONES, NO HA VUELTO A PRESENTAR EMESIS NI DEPOSICIONES, DIARREICAS,
SE VALORA ABDOMEN CON DOLOR EN REGION DE HERIDA QUIRURGICA PERO SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, HERIDA QUIRURGICA SE EVIDENCIA SIN SIGONS DE INFECCION
NO HA MANIFESTADO FIEBRE
CONSIDERO SOLICITAR EXAMENES COMPLEMENTARIOS EN BUSCA DE FOCO INFECCIOSO Y SE REVALORARA CON RESULTADOS

Diagnósticos -

Diagnostico CIE10 Diagnóstico principal: (Z988) OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Diagnóstico Relacionado 1: (A09X) DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO

Tipo Diagnóstico: Diagnóstico nuevo
Finalidad Consulta: No aplica
Causa Externa: Enfermedad general

Evolución Clínica No. 2

Punto Atención: URGENCIAS

Dr(a): NATALIA GALVIS COLLAZOS - MEDICINA GENERAL - Registro médico: 1144179604 - Fecha atención: 30 ene 2019 09:01 p.m.



Evolucion hospitalaria

Evolucion REVALORACION

PACIENTE AFEBRIL EN EL MOMENTO, SE REVISAN PARACLINICOS HEMOGRAMA CON LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA, SE CONSIDERA POSIBLE CAUSA DE LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SIN EMBARGO SE SOLICITA CONTROL DE HEMOGRAMA Y PCR DE CONTROL PARA TOMAR MAÑANA A LAS 6 AM. SE EXPLICA CONDUCTA A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Diagnósticos -

Diagnostico CIE10 Diagnóstico principal: (Z988) OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Diagnóstico Relacionado 1: (A09X) DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO

Tipo Diagnóstico: Diagnóstico nuevo
Finalidad Consulta: No aplica
Causa Externa: Enfermedad general

Evolución Clínica No. 3

Punto Atención: URGENCIAS

Dr(a): ALEXANDER LOPEZ VILLARREAL - MEDICINA GENERAL - Registro médico: 765450 - Fecha atención: 31 ene 2019 07:16 a.m.



Evolucion hospitalaria

Evolucion PACIENTE CON EVOLUCION HACIA LA MEJORIA DISMINUCION DEL DOLOR, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CONTINUA CON DEPOSICIONES DIARREICAS, NO EMESIS, CON REPORTE DE LABORATORIOS:

31/01/2019
HEMOGRAMA LEUCOS 10100, LIN 20.2%, NEU 76%, HG 12.9, HTC 40.1%, PLT 326.000, PCR 6

30/01/2019
HEMOGRAMA LEUCOS 24.870 N: 93.3 L: 5.4 HB. 13.0 HCTO: 41.2 PLAQUETAS: 328.000, PCR 24
UROANALISIS NO PATOLOGICO, GRAM NEGATIVO
COPROSCOPICO CON MUESTRA DIARREICA AMARILLENTO, SANGRE OCULTA NEG, WRIHTG NEG

MEJORIA DE LEUCOSITOSIS, POSBLEMENTE POR DESHIDRATACION, SE DA MANEJO SINTOMATICO, RECOMEDNAICONES DE HIRATACION ORAL, EXPLICO SIGNOS DE ALARMA

I. Información del paciente

Paciente: DIANA SORELIS HENAO JARAMILLO	No. Identificación: CC 43448307	Fecha Nacimiento: 21/6/1976	
Dirección: CRA 44 B# 49-72	Teléfono:	Celular:	Estrato: R1

Medicamentos Formulados

Formulas
Acetaminofen 500 mg tableta - Dosis: 1 TAB - Vía: Administracion oral - Cantidad: 40 - Presentación: - Indicaciones:
Hioscina N-butil bromuro 10 mg gragea - Dosis: 1 TAB - Vía: Administracion oral - Cantidad: 40 - Presentación:gragea 10 mg - Indicaciones:
Naproxeno 250 mg tableta o cápsula - Dosis: 1 TAB - Vía: Administracion oral - Cantidad: 20 - Presentación:tableta o cápsula 250 mg - Indicaciones:
Sales de rehidratación oral, fórmula OMS disolver en un litro de agua. Componentes: expresados en g/L. Polvo para disolver en un litro de agua - Dosis: A LIBRE DEMANDA - Vía: Administracion oral - Cantidad: 5 - Presentación:Polvo para disolver en un litro de agua disolver en un litro de agua. Componentes: expresados en g/L. - Indicaciones:
Trimetoprim + Sulfametoxazol (160 + 800) mg tableta - Dosis: 1 TAB - Vía: Administracion oral - Cantidad: 15 - Presentación:tableta (160 + 800) mg - Indicaciones:

Diagnósticos -

Diagnostico CIE10
Diagnóstico principal: (Z988) OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Diagnóstico Relacionado 1: (A09X) DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO

Tipo Diagnóstico: Diagnóstico nuevo
Finalidad Consulta: No aplica
Causa Externa: Enfermedad general

Evolución Clínica No. 4

Punto Atención: URGENCIAS

Dr(a): ANTONIO JOSE URIBE BAYONA - MEDICINA GENERAL - Registro médico: 1032449368 - Fecha atención: 31 ene 2019 09:52 p.m.


Antonio J. Uribe B.
Médico Cirujano
Universidad Nacional
C.C. 1032449368

Evolucion hospitalaria

Evolucion
PACIETNE FEMENINA CON CUADRO CLÍNICO DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DIARREA EN MÚLTIPLES EPISODIOS, VÓMITO EN MÚLTIPLES EPISODIOS, SIN FIEBRE, SIN ALTERACIÓN EN EL ESTADO DE CONCIENCIA, DOLOR EN EPIGASTRIO, SIN ALTERACIÓN EN EL ESTADO DE CONCIENCIA, SIN OTRA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA. PACIENTE EN POSTQUIRÚRGICO DE HISTERECTOMÍA AL EXAMEN FÍSICO CON DESHIDRATACIÓN MODERADA, CON DOLOR ABDOMINAL TIPO CÓLICO, SIN ALTERACIÓN EN EL ESTADO DE CONCIENCIA.

A: PACIETNE CON CUADRO DE GASTROENTERISI AGUDA, CON EMPEORAMIENTO DE LA SINTOMATOLOGÍA POR ESTADO POSTQUIRÚRGICO, SE DECIDE INICIAR MANEJO CON LÍQUIDOS Y ANALGÉSICOS, SE EXPLICA CONDUCTA A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Diagnósticos -

Diagnostico CIE10
Diagnóstico principal: (Z988) OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Diagnóstico Relacionado 1: (A09X) DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO

Tipo Diagnóstico: Diagnóstico nuevo
Finalidad Consulta: No aplica
Causa Externa: Enfermedad general

Evolución Clínica No. 5

Punto Atención: URGENCIAS

Dr(a): ANTONIO JOSE URIBE BAYONA - MEDICINA GENERAL - Registro médico: 1032449368 - Fecha atención: 1 feb 2019 00:49 a.m.


Antonio J. Uribe B.
Médico Cirujano
Universidad Nacional
C.C. 1032449368

Evolucion hospitalaria

Evolucion
PACIENTE FEMENINA CON CUADRO CLÍNICO DESCRITO, EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE COMPLICACIÓN, EN EL MOMENTO CON MEJORÍA SIGNIFICATIVA DE LA SINTOMATOLOGÍA, SIN FIEBRE, SIN NUEVOS EPISODIOS EMÉTICOS, SIN OTROS HALLAZGOS DE IMPORTANCIA, SE DECIDE DAR MANEJO AMBULATORIO, SE DAN RECOMENDACIONES DE CUIDADOS GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR POR URGENCIAS.

Medicamentos Formulados

Formulas
Acetaminofen 500 mg tableta - Dosis: 40 - Vía: Vacio - Cantidad: 40 - Presentación: - Indicaciones: TOMAR 2 CADA 6 HORAS.
Hioscina N-butil bromuro 10 mg gragea - Dosis: 15 - Vía: Vacio - Cantidad: 15 - Presentación:gragea 10 mg - Indicaciones: TOMAR UNA CADA 8 HORAS.
Metoclopramida (clorhidrato) 10 mg tableta - Dosis: 15 - Vía: Vacio - Cantidad: 15 - Presentación:tableta 10 mg - Indicaciones: TOMAR UNA CADA 8 HORAS.
Ranitidina (clorhidrato) 150 mg tableta - Dosis: 15 - Vía: Vacio - Cantidad: 15 - Presentación:tableta 150 mg - Indicaciones:

CLINICA PALMIRA S.A.
NIT. 891300047-6
CARRERA 31 # 31-62
2856070

HISTORIA CLINICA: 43448307

Páginas: 4 de 4

Fecha de Impresión: 24/11/2023 9:48:35

Usuario: MARIA DEL ROSARIO CRUZ RIVERA

I. Información del paciente

Paciente: DIANA SORELIS HENAO JARAMILLO

No. Identificación: CC 43448307

Fecha Nacimiento: 21/6/1976

Dirección: CRA 44 B# 49-72

Teléfono:

Celular:

Estrato: R1

TOMAR UNA CADA 8 HORAS.

Diagnósticos -

Diagnostico CIE10

Diagnóstico principal: (Z988) OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Diagnóstico Relacionado 1: (A09X) DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO

Tipo Diagnóstico: Diagnóstico nuevo

Finalidad Consulta: No aplica

Causa Externa: Enfermedad general

SQLSimens® www.sqlsimens.com