


PCBDIG02-12/07/2019 - 03293



CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos cómo te sientes, sabemos cómo cuidarte

EVOLUCION ORTOPEDIA

No Historia Clínica	1103113022	Fec. Registro	19/09/15 14 47	Folio	31								
Nombre del Paciente	RUTH MARINA BUSTAMANTE PEREZ			Ingreso	1055200								
Fec. Nacimiento	20/01/1994	Edad	21 AÑOS 7 MESES 29 DIAS	Fecha de Ingreso	17/09/2015 14 58								
Estado Civil	Soltero	Sexo	Femenino	Nivel/Estrato	NIVEL II 2015								
Dirección	CRA 73 A 64F 89			Tipo Vinculación	Particular								
Telefono	3014566818-6025567	Lugar Residencia	BOGOTA	Causa Externa	Accidente_de_Transito								
Entidad	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR			Acudiente									
Area de Servicio	OBSERVACION ADULTOS			Tel									
Responsable				Acompañante									
Tel Responsable				Tel									
Parentesco				AC(03)	40606915								
Dirección					<table border="1"><tr><td>MIN</td><td>1</td><td>5</td><td>MAX</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	MIN	1	5	MAX				
MIN	1	5	MAX										

DIAGNOSTICO Y PLAN DE MANEJO

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS CON Dx

- 1 POSTOPERATORIO RAPE FRACTURA TRANSVERSA DIAFISIS DE FEMUR DER
- 2 POSTOPERATORIO RAFI DE FRACTURA RADIO DISTAL IZQUIERDO
- 4 POSTOPERATORIO RAFI FRACTURA DE 4TO Y 5TO DEDO MANO IZQUIERDA

CIENTE REFIERE DOLOR LEVE CONTORLADO, NIEGA OTROS SINTOMAS

AL EXAMEN FISICO

CONCIENTE ORIENTADO

SV FC 80 LPM, FR 19 RPM

MUSLO DER CON TUTOR EXTERNO EN POSICION SIN ESTIGMAS DE SANGRADO NI SECRECION NO DEFICIT NEURO VASCULAR DISTAL

ANTEBRAZO IZQUIERDO CON FERULA EN POSICION

PACIENTE ESTABLE INFORMAN AUTORIZACION DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SE ORDENA NADA VIA ORAL PARA PASO A CX HOY

DIETA

NVO

JUSTIFICACION DE LA HOSPITALIZACION

MANEJO QUIRURGICO

ANTECEDENTES

12/09/2015	Medicos	NIEGA
12/09/2015	Quirurgicos	CESAREA N° 1
7/09/2015	Tóxicos	NIEGA
/09/2015	Alergicos	NIEGA
12/09/2015	Farmacológicos	NIEGA
12/09/2015	Ginecobstétricos	G1POC1

G O P O A O C O V O E O M O

Planifica? ☐

DIAGNOSTICOS

Codigo	Descripción Diagnostico	Observaciones	Impo
S723	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR		<input checked="" type="checkbox"/>

INDICACIONES MEDICAS

TIPO

Hospitalización

DESCRIPCION

Profesional	MORALES VELA CARLOS ALBERTO
Registro Profesional	72198213
Especialidad	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA

Firma

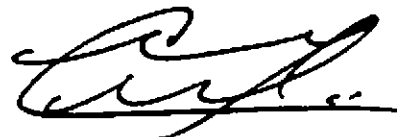
NIVEL TRIAGE

3

Profesional MORALES VELA CARLOS ALBERTO
Registro Profesional 72198213
Especialidad ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA

LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

Firma





CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos cómo te sientes, sabemos cómo cuidarte

EVOLUCION ORTOPEDIA

No Historia Clínica	1103113022	Fec. Registro	19/09/15 16 14	Folio	32
Nombre del Paciente	RUTH MARINA BUSTAMANTE PEREZ			Ingreso	1055200
Fec. Nacimiento	20/01/1994	Edad	21 AÑOS 7 MESES 29 DIAS	Fecha de Ingreso	17/09/2015 14 58
Estado Civil	Soltero	Sexo	Femenino	Nivel/Estrato	NIVEL II 2015
Dirección	CRA 73 A 64F 89	Lugar Residencia	BOGOTA	Tipo Vinculación	Particular
Telefono	3014566818-6025567	Causa Externa	Accidente_de_Transito		
Entidad	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR			Acudiente	
Area de Servicio	OBSERVACION ADULTOS			Tel	
Responsable				Acompañante	
Tel Responsable				Tel	
Parentesco					
Dirección					

DIAGNOSTICO Y PLAN DE MANEJO

PACIENTE EN ESPERA PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE FEMUR DERECHO, EN EL MOMENTO NO HAY DISPONIBILIDAD DE MESA DE FRACTURAS PARA REALIZAR PROCEDIMIENTO, SE EXPLICA A PACIENTE
SE AUTORIZA DIETA

DIETA

JUSTIFICACION DE LA HOSPITALIZACION

ANTECEDENTES

12/09/2015	Medicos	NIEGA
12/09/2015	Quirurgicos	CESAREA N° 1
12/09/2015	Tóxicos	NIEGA
12/09/2015	Alergicos	NIEGA
12/09/2015	Farmacologicos	NIEGA
12/09/2015	Ginecobstetricos	G1POC1

G O P O A O C O V O E O M O

Planifica? ☐

DIAGNOSTICOS

Codigo	Descripción Diagnostico	Observaciones	Impo
S723	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR		<input checked="" type="checkbox"/>

INDICACIONES MEDICAS

*PO

Hospitalización

DESCRIPCION

NIVEL TRIAGE

Profesional MORALES MURILLO JUAN CARLOS
Registro Profesional 79755568
Especialidad ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA
 LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S A] NIT [860090566 1]

Firma



CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos cómo te sientes, sabemos cómo cuidarte

EVOLUCION ORTOPEDIA

No Historia Clínica	1103113022	Fec. Registro	20/09/15 12:42	Folio	33
Nombre del Paciente	RUTH MARINA BUSTAMANTE PEREZ			Ingreso	1055200
Fec. Nacimiento	20/01/1994	Edad	21 AÑOS 7 MESES - 30 DIAS	Fecha de Ingreso	17/09/2015 14:58
Estado Civil	Soltero	Sexo	Femenino	Nivel/Estrato	NIVEL II 2015
Dirección	CRA 73 A 64F 89	Lugar Residencia	BOGOTA	Tipo Vinculación	Particular
Telefono	3014566818-6025567	Causa Externa	Accidente_de_Transito		
Entidad	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR			Acudiente	
Area de Servicio	OBSERVACION ADULTOS			Tel	
Responsable				Acompañante	
Tel Responsable				Tel	
Parentesco					
Dirección					

DIAGNOSTICO Y PLAN DE MANEJO

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS CON Dx

- 1 POSTOPERATORIO RAFE FRACTURA TRANSVERSA DIAFISIS DE FEMUR DER
- 2 POSTOPERATORIO RAFI DE FRACTURA RADIO DISTAL IZQUIERDO
- 4 POSTOPERATORIO RAFI FRACTURA DE 4TO Y 5TO DEDO MANO IZQUIERDA

PACIENTE REFIERE DOLOR LEVE CONTORLADO, NIEGA OTROS SINTOMAS

AL EXAMEN FISICO

CONCIENTE ORIENTADO

SV FC 80 LPM, FR 19 RPM

MUSLO DER CON TUTOR EXTERNO EN POSICION SIN ESTIGMAS DE SANGRADO NI SECRECION NO DEFICIT NEURO VASCULAR DISTAL

ANTEBRAZO IZQUIERDO CON FERULA EN POSICION

PACIENTE ESTABLE SE REPROGRAMA CX PRA EL DAI DE MAÑANA EL DAI DE HOY URGENCIAS PRIORITARIAS QUE REQUERE MANEJO QUIRURGICO POR LO CUAL SE DECIDE PROGRAMAR PARA MAÑANA A LA PACENTE, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

DIETA

NORMAL

JUSTIFICACION DE LA HOSPITALIZACION

MANEJO QUIRURGICO MAÑANA

ANTECEDENTES

12/09/2015	Médicos	NIEGA
12/09/2015	Quirúrgicos	CESAREA N° 1
12/09/2015	Tóxicos	NIEGA
12/09/2015	Alérgicos	NIEGA
12/09/2015	Farmacológicos	NIEGA
12/09/2015	Ginecobstétricos	G1POC1

G O P O A O C O V O E O M O

Planifica? ☐

DIAGNOSTICOS

Codigo	Descripción Diagnostico	Observaciones	Impo
S723	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR		<input checked="" type="checkbox"/>

INDICACIONES MEDICAS

TIPO

Hospitalización

DESCRIPCION

NIVEL TRIAGE

Profesional SARMIENTO VELANDIA WILLIAM GIOVANNI

Registro Profesional 80020003

Especialidad ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA

LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

Firma



CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos como te sientes sabemos como cuidarte

EVOLUCION

No Historia Clínica	1103113022	Fec Registro	20/09/15 13 03	Folio	34
Nombre del Paciente	RUTH MARINA BUSTAMANTE PEREZ			Ingreso	1055200
Fec. Nacimiento	20/01/1994	Edad	21 AÑOS 7 MESES 30 DIAS	Fecha de Ingreso	17/09/2015 14 58
Estado Civil	Soltero	Sexo	Femenino	Nivel o Estrato	NIVEL II 2015
Dirección	CRA 73 A 64F 89			Tipo Vinculación	Particular
Telefono	3014566818-6025567	Lugar Residencia	BOGOTA	Causa Externa	Accidente_de_Transito
Entidad	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR 891080005 1				

Responsable	Acompañante
Tel Responsable	Tel
Parentesco	
Dirección	

DIAGNOSTICO Y ANALISIS SUBJETIVO

OBSERVACION / FECHA INGRESO = 17/09/2015

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS CON DX =

- 1 POSTOPERATORIO RAFI FRACTURA TRANSVERSA DIAFISIS DE FEMUR DERECHO
- 2 POSTOPERATORIO RAFI DE FRACTURA RADIO DISTAL IZQUIERDO
- 3 POSTOPERATORIO RAFI FRACTURA DE 4TO Y 5TO DEDO MANO IZQUIERDA

S/ DOLOR CONTROLADO

ANALISIS OBJETIVO

AL EXAMEN FISICO

CONCIENTE ORIENTADO

SV FC 80 LPM, FR 19 RPM

MUSLO DERECHO CON TUTOR EXTERNO EN POSICION SIN ESTIGMAS DE SANGRADO NI SECRECION NO DEFICIT NEURO-VASCULAR DISTAL.

ANTEBRAZO IZQUIERDO CON FERULA EN POSICION

SIGNOS VITALES

TA	/	FC	FR	PCEF	PESO	,00	TM
TEMP	,00	°C	GLASGOW	/ 15	PTORAX	SAT02	FIO02

PARACLINICOS, ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON DX ANOTADOS VALORADA POR SERVICIO DE ORTOPEDIA QUIEN REPROGRAMA CX PARA EL DIA DE MAÑANA

DIETA

CORRIENTE HASTA LAS 10 PM

JUSTIFICACION DE LA HOSPITALIZACION

HOSPITALIZAR x ORTOPEDIA

ANTECEDENTES

12/09/2015	Médicos	NIEGA
12/09/2015	Quirúrgicos	CESAREA N° 1
12/09/2015	Tóxicos	NIEGA
12/09/2015	Alergicos	NIEGA
12/09/2015	Farmacológicos	NIEGA
12/09/2015	Ginecobstétricos	G1POC1

G O P O A O C O V O E O M O

Planifica? ☐

Profesional CARDENAS FLOREZ ASDRUBAL

Registro Profesional 91254396

Especialidad MEDICINA GENERAL

Firma

DIAGNOSTICOS

Codigo	Descripción Diagnostico	Observaciones	Impo
S723	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR		<input checked="" type="checkbox"/>

FORMULA MEDICA

Codigo	Descripción	Posologia	Cant
11121070	Tramadol clorhidrato 50 mg / mL Solucion inyectable ampolla	50 mg IV CADA 8 HORAS	3
11110015	SODIO CLORURO 0.9 x 1000 ML SOLUCION -IV	60 CC / HORA	2
11114034	Ranitidina clorhidrato 50 mg / 2 mL Solucion Inyectable ampolla	50 MG IV CADA 8 HORAS	3
11114025	metocLOPRAmida 10 mg / 2 mL Solucion Inyectable Ampolla	10 MG IV CADA 8 HORAS	3
11103018	cefAZOLina 1 g Polvo para Inyeccion frasco vial	1 gramo IV CADA 6 HORAS	4
11121007	Alprazolam 0.5 mg Tableta	0.5 mg VO / NOCHE	1
		HOSPITALIZAR x ORTOPEDIA / DIETA CORRIENTE	1
		HASTA LAS 10 PM / CSV AC	

INDICACIONES MEDICAS**TIPO**

Urgencias_Observacion

DESCRIPCION**NIVEL TRIAGE**

Profesional CARDENAS FLOREZ ASDRUBAL

Registro Profesional 91254396

Especialidad MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S A] NIT [860090566-1]

Firma



PCBDIG02-12/07/2019 - 03296



CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos como te sientes, sabemos como cuidarte

EVOLUCION ORTOPEDIA

No Historia Clínica	1103113022	Fec. Registro	21/09/15 06 24	Folio	35
Nombre del Paciente	RUTH MARINA BUSTAMANTE PEREZ			Ingreso	1055200
Fec. Nacimiento	20/01/1994	Edad	21 AÑOS 8 MESES 0 DIAS	Fecha de Ingreso	17/09/2015 14 58
Estado Civil	Soltero	Sexo	Femenino	Nivel/Estrato	NIVEL II 2015
Dirección	CRA 73 A 64F 89			Tipo Vinculación	Particular
Telefono	3014566818-6025567	Lugar Residencia	BOGOTA	Causa Externa	Accidente_de_Transito
Entidad	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR			Acudiente	
Area de Servicio	OBSERVACION ADULTOS			Tel	
Responsable				Acompañante	
Tel Responsable				Tel	
Parentesco					
Dirección					

DIAGNOSTICO Y PLAN DE MANEJO

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS CON Dx

- 1 POSTOPERATORIO RAFE FRACTURA TRANSVERSA DIAFISIS DE FEMUR DER
- 2 POSTOPERATORIO RAFI DE FRACTURA RADIO DISTAL IZQUIERDO
- 4 POSTOPERATORIO RAFI FRACTURA DE 4TO Y 5TO DEDO MANO IZQUIERDA

^CIENTE REFIERE DOLOR LEVE CONTORLADO, NIEGA OTROS SINTOMAS

AL EXAMEN FISICO

CONCIENTE ORIENTADO

SV FC 76 LPM, FR 19 RPM

MUSLO DER CON TUTOR EXTERNO EN POSICION SIN ESTIGMAS DE SANGRADO NI SECRECION NO DEFICIT NEURO VASCULAR DISTAL

ANTEBRAZO IZQUIERDO CON FERULA EN POSICION

PACIENTE ESTABLE SE DEJA CLARIDAD QUE PAENTE SE ENCEUNTRABA EN VENTANA INMONOLOGICA PARA PROCEEDMEINTO QUIRURGICCO POSTERIOR A POLITRUMATISMO PASARA A PROCEDIMEINTO QUIRURGICO EL DIA DE HOY EN HORAS DE LA TARDE, SE EXPLICA A PCEINTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

DIETA

NORMAL

JUSTIFICACION DE LA HOSPITALIZACION

MANEJO QUIRURGICO

ANTECEDENTES

12/09/2015	Medicos	NIEGA
12/09/2015	Quirurgicos	CESAREA N° 1
10/09/2015	Tóxicos	NIEGA
12/09/2015	Alergicos	NIEGA
12/09/2015	Farmacologicos	NIEGA
12/09/2015	Ginecobstétricos	G1POC1

G O P O A O C O V O E O M O

Planifica? ☐

DIAGNOSTICOS

Código	Descripción Diagnostico	Observaciones	Impo
S723	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR		<input checked="" type="checkbox"/>

INDICACIONES MEDICAS

TIPO

Hospitalizacion

DESCRIPCION

Profesional DIAZ OTERO FABIO ALEXANDER

Registro Profesional 91534023

Especialidad ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA

LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S A] NIT [860090566 1]

Firma

NIVEL TRIAGE

Profesional DIAZ OTERO FABIO ALEXANDER
Registro Profesional 91534023
Especialidad ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA
LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

Firma





CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos cómo te sientes, sabemos cómo cuidarte

EVOLUCION

No Historia Clínica 1103113022 **Fec. Registro** 21/09/15 09:54 **Folio** 36
Nombre del Paciente RUTH MARINA BUSTAMANTE PEREZ **Ingreso** 1055200
Fec. Nacimiento 20/01/1994 **Edad** 21 AÑOS 8 MESES 0 DÍAS **Fecha de Ingreso** 17/09/2015 14:58
Estado Civil Soltero **Sexo** Femenino **Nivel o Estrato** NIVEL II 2015
Dirección CRA 73 A 64F 89 **Tipo Vinculación** Particular
Telefono 3014566818-6025567 **Lugar Residencia** BOGOTA **Causa Externa** Enfermedad_General
Entidad CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR 891080005 1

Responsable **Acompañante**
Tel Responsable **Tel**
Parentesco
Dirección

DIAGNOSTICO Y ANALISIS SUBJETIVO

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS CON DX

- 1 POSTOPERATORIO RAFE FRACTURA TRANSVERSA DIAFISIS DE FEMUR DERECHO
- 2 POSTOPERATORIO RAFI DE FRACTURA RADIO DISTAL IZQUIERDO
- 3 POSTOPERATORIO RAFI FRACTURA DE 4TO Y 5TO DEDO MANO IZQUIERDA

ANALISIS OBJETIVO

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HIDRATADA PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA, CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. EXTREMIDADES MUSLO DERECHO CON TUTOR EXTERNO EN POSICION SIN ESTIGMAS DE SANGRADO NI SECRECION NO DEFICIT NEURO-VASCULAR DISTAL ANTEBRAZO IZQUIERDO CON FERULA EN POSICION NEUROLOGICO PACIENTE ALERTA, ORIENTADA EN PERSONA, TIEMPO Y LUGAR, NO DEFICIT APARENTE, GLASGOW 15/15

SIGNOS VITALES

TA 120 / 80 FC 79 FR 23 PCEF PESO ,00 TM
 TEMP ,00 °C GLASGOW / 15 PTORAX SAT02 96 FIO02

PARACLINICOS, ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

PARACLINICOS, ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON DX ANOTADOS VALORADA POR SERVICIO DE ORTOPEDIA QUIEN REPROGRAMA CX PARA EL DIA DE HOY 2 PM

DIETA

JUSTIFICACION DE LA HOSPITALIZACION

ANTECEDENTES

12/09/2015 Médicos NIEGA
 12/09/2015 Quirúrgicos CESAREA N° 1
 12/09/2015 Tóxicos NIEGA
 12/09/2015 Alergicos NIEGA
 12/09/2015 Farmacológicos NIEGA
 12/09/2015 Ginecobstétricos G1POC1

Profesional PRIETO ZAPATA GERMAN DAVID

Registro Profesional 1024467073

Especialidad MEDICINA GENERAL

Firma

LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S A] NIT [860090566-1]

G O P O A O C O V O E O M O

Planifica? ☐**DIAGNOSTICOS**

Codigo	Descripción Diagnostico	Observaciones	Impo
S723	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR		<input checked="" type="checkbox"/>

FORMULA MEDICA

Codigo	Descripción	Posologia	Cant
11103018	cefAZOLina 1 g Polvo para Inyeccion frasco vial	1 gramo IV CADA 6 HORAS	4
11114025	metocLOPRAmida 10 mg / 2 mL Solucion Inyectable Ampolla	10 MG IV CADA 8 HORAS	3
11114034	Ranitidina clorhidrato 50 mg / 2 mL Solucion Inyectable ampolla	50 MG IV CADA 8 HORAS	3
11110015	SODIO CLORURO 0.9 x 1000 ML SOLUCION -IV	60 CC / HORA	2
11121070	Tramadol clorhidrato 50 mg / mL Solucion inyectable ampolla	50 mg IV CADA 8 HORAS	3

INDICACIONES MEDICAS**TIPO**

Urgencias_Observacion

DESCRIPCION**NIVEL TRIAGE**

Profesional PRIETO ZAPATA GERMAN DAVID

Registro Profesional 1024467073

Especialidad MEDICINA GENERAL

Firma

LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT {860090566-1}



CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos como te sientes, sabemos como cuidarte

EVOLUCION

No Historia Clínica	1103113022	Fec. Registro	21/09/15 17 20	Folio	37
Nombre del Paciente	RUTH MARINA BUSTAMANTE PEREZ			Ingreso	1055200
Fec. Nacimiento	20/01/1994	Edad	21 AÑOS 8 MESES 0 DIAS	Fecha de Ingreso	17/09/2015 14 58
Estado Civil	Soltero	Sexo	Femenino	Nivel o Estrato	NIVEL II 2015
Dirección	CRA 73 A 64F 89	Lugar Residencia	BOGOTA	Tipo Vinculación	Particular
Telefono	3014566818-6025567	Entidad	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR 891080005-1	Causa Externa	Enfermedad_General

Responsable	Acompañante
Tel Responsable	Tel
Parentesco	
Dirección	

DIAGNOSTICO Y ANALISIS SUBJETIVO

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS CON DX

- 1 POSTOPERATORIO RAPE FRACTURA TRANSVERSA DIAFISIS DE FEMUR DERECHO
- 2 POSTOPERATORIO RAFI DE FRACTURA RADIO DISTAL IZQUIERDO
- 3 POSTOPERATORIO RAFI FRACTURA DE 4TO Y 5TO DEDO MANO IZQUIERDA

ANALISIS OBJETIVO

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HIDRATADA PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA, CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL EXTREMIDADES MUSLO DERECHO CON TUTOR EXTERNO EN POSICION SIN ESTIGMAS DE SANGRADO NI SECRECION NO DEFICIT NEURO-VASCULAR DISTAL ANTEBRAZO IZQUIERDO CON FERULA EN POSICION NEUROLOGICO PACIENTE ALERTA, ORIENTADA EN PERSONA, TIEMPO Y LUGAR, NO DEFICIT APARENTE, GLASGOW 15/15

PACIENTE CON DX ANOATADO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE PENDIENTE CX EL DIA DE HOY SEGUN NOTA DE ORTOPEDIA SEE XPLCIA AL APACIEANTE LA CUALE S MUY ANSIOSA

SIGNOS VITALES

TA	/	FC	FR	PCEF	PESO	,00	TM
TEMP	,00	°C	GLASGOW	/ 15	PTORAX	SAT02	FIO02

PARACLINICOS, ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

DIETA

X

JUSTIFICACION DE LA HOSPITALIZACION

X

ANTECEDENTES

12/09/2015	Medicos	NIEGA
12/09/2015	Quirurgicos	CESAREA N° 1
12/09/2015	Toxicos	NIEGA
12/09/2015	Alergicos	NIEGA
12/09/2015	Farmacologicos	NIEGA
12/09/2015	Ginecobstétricos	G1P0C1

G O P O A O C O V O E O M O

Profesional DIAZ CORRALES JULIANA MARCELA

Registro Profesional 52956464

Especialidad MEDICINA GENERAL

Firma

LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S A] NIT [860090566 1]

Planifica? ☐**DIAGNOSTICOS**

Codigo	Descripción Diagnostico	Observaciones	Impo
5723	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR		<input checked="" type="checkbox"/>

INDICACIONES MEDICAS**TIPO**

Urgencias_Observacion

DESCRIPCION**NIVEL TRIAGE**

Profesional DIAZ CORRALES JULIANA MARCELA

Registro Profesional 52956464

Especialidad MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

Firma

Firma



CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos como te sientes, sabemos como cuidarte

HOJA QUIRURGICA

No Historia Clínica	1103113022	Fec. Registro	21/09/15 21 44	Folio	39
Nombre del Paciente	RUTH MARINA BUSTAMANTE PEREZ			Ingreso	1055200
Fec. Nacimiento	20/01/1994	Edad	21 AÑOS 8 MESES 0 DÍAS	Fecha de Ingreso	17/09/2015 14 58
Estado Civil	Soltero	Sexo	Femenino	Nivel/Estrato	NIVEL II 2015
Dirección	CRA 73 A 64F 89	Tipo Vinculación	Particular	Causa Externa	Accidente_de_Transito
Telefono	3014566818-6025567				
Entidad	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR	Lugar Residencia	BOGOTA	Acompañante	

HORA DE INICIO	21/09/15 19 33	HORA DE TERMINACION	21/09/15 21 33	TIEMPO QX	d/h/m 00 02 00
-----------------------	----------------	----------------------------	----------------	------------------	-------------------

CIRUJANO	CABERMUDEZ BERMUDEZ REY CARLOS ALBERTO
ANESTESIOLOGO	IPINTO PINTO QUIÑONEZ ISAIAS
AYUDANTE	WGSARMIENTO SARMIENTO VELANDIA WILLIAM GIOVANNI
INSTRUMENTADOR(A)	MYLEONH LEON HOYOS MELBA YOBANA
ANESTESIA	REGIONAL
RIESGO ANESTESICO	I

TEJIDOS ENVIADOS A PATOLOGIA	ninguno
-------------------------------------	---------

CLASIFICACION DE LA CIRUGIA	LIMPIA
------------------------------------	--------

SANGRADO	escaso
-----------------	--------

COMPLICACIONES	NO	CUAL		POLITRAUMA	SI
-----------------------	----	-------------	--	-------------------	----

HALLAZGOS	fractura sostenida con fijador externo , heridas de fijador limpias
------------------	---------------------------------------------------------------------

PROFILAXIS ANTIBIOTICA	SI	CUAL	cefazolina 2 gms	DOSIS	2 gms
-------------------------------	----	-------------	------------------	--------------	-------

INSUMOS ESPECIALES ?	CUALES ?
-----------------------------	-----------------

SE UTILIZARON TEJIDOS ?	TIPO	BANCO	LOTE
--------------------------------	-------------	--------------	-------------

PROCEDIMIENTO

previa aseptia y antisepsia bajo anestesia regional se realiza retiro de material e fijacion en mouslo posterior curetaje de femur por heridas laterales lavado cierre por via dife3rente incision longitudinal la diseccion por planos hasta fascia apertura de facia hasta torcanter punzon iniciador se realiza paso de guia rimado hasta 11,5 se pasa clavo orthohealth de 10 x 370 estabilizacion proximal con tornillo dinamico y distal con tornillo estatico se coloca tapo de cierre proximal no complicaciones se realiza tenoliss de gluteo medio cierre por planos colocacion de vendajes

ANTECEDENTES

12/09/2015	Médicos	NIEGA
12/09/2015	Quirúrgicos	CESAREA N° 1
12/09/2015	Tóxicos	NIEGA
12/09/2015	Alergicos	NIEGA
12/09/2015	Farmacológicos	NIEGA
12/09/2015	Ginecobstétricos	G1POC1

G	0	P	0	A	0	C	0	V	0	E	0	M	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Planifica? ☐**DIAGNOSTICOS**

Codigo	Descripción Diagnostico	Observaciones	Impo
5723	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR		<input checked="" type="checkbox"/>

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS QX

Codigo	Descripción	Observaciones
--------	-------------	---------------

Profesional	BERMUDEZ REY CARLOS ALBERTO
--------------------	-----------------------------

Registro Profesional	79566555
-----------------------------	----------

Especialidad	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA
---------------------	-----------------------------

LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S A] NIT [860090566 1]

Firma

PCBDDIG02-12/07/2019 - 03300

RUTH MARINA BUSTAMANTE PEREZ	Ingreso 1055200	Folio 39	Fecha impresión 13/05/2019 02:25:10 p.m. AYTROMPA	P00HQ1	77/1
T13413 - EXTRACCION QUIRURGICA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN MUSLO O RODILLA	grupo 5				
T13400 DRENAJE CURETAJE SECUESTRECTOMIA DE FEMUR	grupo 9				
T13470 - OSTEOSINTESIS EN FEMUR (DIAFISIS)	grupo 12				
T13838 LIBERACION DE ADHERENCIAS DE TENDON (TENOLISIS)	grupo 5				

FORMULA MEDICA

Codigo	Descripción	Posología	Cant
11121070	Tramadol clorhidrato 50 mg / mL Solucion inyectable ampolla	50 mg IV CADA 8 HORAS	3
11110015	SODIO CLORURO 0.9 x 1000 ML SOLUCION -IV	60 CC / HORA	2
11114034	Ranitidina clorhidrato 50 mg / 2 mL Solucion Inyectable ampolla	50 MG IV CADA 8 HORAS	3
11114025	metocLOPRAmida 10 mg / 2 mL Solucion Inyectable Ampolla	10 MG IV CADA 8 HORAS	3
11103018	cefAZOLina 1 g Polvo para Inyeccion frasco vial	1 gramo IV CADA 6 HORAS	4

SOLICITUD DE EXAMENES

Codigo	Descripción	Observación	Cant
T21102	RADIOLOGIA BRAZO PIERNA RODILLA FEMUR HOMBRO OMOPLATO	potoperatorio osteosintesis femur	1

RESULTADO DE EXAMENES

Codigo	Fecha
T21102	23/09/2015 08:40:00 a.m.

Descripción

ENVIAMOS A USTED EL INFORME DEL ESTUDIO RADIOLOGICO PRACTICADO A SU PACIENTE

Control radiológico de fractura del tercio medio de la diafisis femoral, la cual esta fija a través de clavo endomedular, con adecuada alineación de los fragmentos

Relaciones articulares preservadas

Cordialmente,

DR IVAN GOMEZ
MEDICO RADIOLOGO
RM 154297

FRC

Fecha Interpretación 23/09/2015 10:32:05 a.m.
interpretacion

INDICACIONES MEDICAS

TIPO

Cirugia

DESCRIPCION

NIVEL TRIAGE

Profesional BERMUDEZ REY CARLOS ALBERTO
Registro Profesional 79566555
Especialidad ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA
LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S A] NIT [860090566 1]



Firma



CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos cómo se sienten, sabemos cómo cuidarlos

EVOLUCION ORTOPEDIA

No Historia Clínica	1103113022	Fec. Registro	22/09/15 05 07	Folio	40
Nombre del Paciente	RUTH MARINA BUSTAMANTE PEREZ			Ingreso	1055200
Fec. Nacimiento	20/01/1994	Edad	21 AÑOS 8 MESES - 1 DIAS	Fecha de Ingreso	17/09/2015 14 58
Estado Civil	Soltero	Sexo	Femenino	Nivel/Estrato	NIVEL II 2015
Dirección	CRA 73 A 64F 89	Lugar Residencia	BOGOTA	Tipo Vinculación	Particular
Telefono	3014566818-6025567	Causa Externa	Accidente_de_Transito	Acudiente	Tel
Entidad	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR			Acudiente	Tel
Area de Servicio	OBSERVACION ADULTOS			Acudiente	Tel
Responsable				Acompañante	Tel
Tel Responsable				Acompañante	Tel
Parentesco				Acompañante	Tel
Dirección				Acompañante	Tel

DIAGNOSTICO Y PLAN DE MANEJO

SE SOLITIA HEMOGRAMA PARA TOMA INMEDIATA

DIETA

JUSTIFICACION DE LA HOSPITALIZACION

ANTECEDENTES

12/09/2015 Medicos NIEGA
 12/09/2015 Quirurgicos CESAREA N° 1
 12/09/2015 Tóxicos NIEGA
 12/09/2015 Alérgicos NIEGA
 12/09/2015 Farmacológicos NIEGA
 12/09/2015 Ginecobstétricos G1POC1

G O P O A O C O V O E O M O

Planifica? ☐

DIAGNOSTICOS

Codigo	Descripción Diagnostico	Observaciones	Impo
S723	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR		<input checked="" type="checkbox"/>

SOLICITUD DE EXAMENES

Codigo	Descripción	Observación	Cant
T19304	LABORATORIO CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA		1

RESULTADO DE EXAMENES

Descripción	Codigo	Fec
	T19304	22/09/2015 09 25 13 a m
SERIE BLANCA * LEUCOCITOS 9 44 x 10 ³ /uL Val/Ref 5 00 - 10 00% LINFOCITOS 10 9 % Val/Ref 17 00 - 45 00% NEUTROFILOS 79 8 % Val/Ref 55 00 - 70 00% MXD 0 0 % Val/Ref 1 00 - 9 00% EOSINOFILOS 0 10 % Val/Ref 1 00 - 5 00% BASOFILOS 0 10 % Val/Ref 0 00 - 2 00% MONOCITOS 9 10 % Val/Ref 3 00 - 14 00% LINFOCITOS # ABS 1 03 x 10 ³ /uL NEUTROFILOS # ABS 7 53 x 10 ³ /uL MXD # ABS 0 00 x 10 ³ /uL Val/Ref 0 10 - 0 90 EOSINOFILOS # ABS 0 01 x 10 ³ /uL BASOFILOS # ABS 0 01 x 10 ³ /uL MONOCITOS # ABS 0 86 x 10 ³ /uL SERIE ROJA * GLOBULOS ROJOS 3 89 x 10 ⁶ /uL Val/Ref 4 00 - 4 50 HEMOGLOBINA 10 5 g/dL Val/Ref 12 00 - 16 00 HEMATOCRITO 31 1 % Val/Ref 37 00 - 48 00 VOL. CORP MEDIO 79 9 fL Val/Ref 89 00 - 95 00 HGB CORPUSCULAR MEDIA 27 0 pg Val/Ref 27 00 - 33 00 CONC HGB CORP MEDIA 33 8 g/dL Val/Ref 32 00 - 34 00 ANCHO DISTRIB ERITROCITOS CV 13 7 % Val/Ref 11 60 - 15 50 SERIE PLAQUETARIA PLAQUETAS 336 x 10 ³ /uL Val/Ref 150 00 - 450 00 VOL. MEDIO PLAQUETARIO 10 60 fL ANCHO DE DISTRIB PLAQUETARIA 38 200 GSD RETICULOSITOS # 0 00 FRACCION DE RETICULOSITOS INMADUROS 0 00 HEMOGLOBINA RETICULOCITARIA 0 00 Coment		
Fecha Interpretación	22/09/2015 10 48 17 a m	

Profesional DIAZ OTERO FABIO ALEXANDER
 Registro Profesional 91534023
 Especialidad ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA
 LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566 1]

Firma

Interpretación

INDICACIONES MEDICAS**TIPO**

Hospitalización

DESCRIPCION**NIVEL TRIAGE****Profesional** DIAZ OTERO FABIO ALEXANDER**Registro Profesional** 91534023**Especialidad** ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA

LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S A] NIT [860090566 1]

Firma



CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos cómo te sientes, sabemos cómo cuidarte

EVOLUCION ORTOPEDIA

No Historia Clínica	1103113022	Fec. Registro	22/09/15 07 28	Folio	41
Nombre del Paciente	RUTH MARINA BUSTAMANTE PEREZ			Ingreso	1055200
Fec. Nacimiento	20/01/1994	Edad	21 AÑOS 8 MESES - 1 DIAS	Fecha de Ingreso	17/09/2015 14 58
Estado Civil	Soltero	Sexo	Femenino	Nivel/Estrato	NIVEL II 2015
Dirección	CRA 73 A 64F 89	Lugar Residencia	BOGOTA	Tipo Vinculación	Particular
Telefono	3014566818-6025567	Acudiente		Causa Externa	Accidente_de_Transito
Entidad	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR	Tel			
Area de Servicio	OBSERVACION ADULTOS				
Responsable		Acompañante			
Tel Responsable		Tel			
Parentesco					
Dirección					

DIAGNOSTICO Y PLAN DE MANEJO

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS CON Dx

1 POSTOPERATORIO RAFI FRACTURA TRANSVERSA DIAFISIS DE FEMUR DER

2 POSTOPERATORIO RAFI DE FRACTURA RADIO DISTAL IZQUIERDO

4 POSTOPERATORIO RAFI FRACTURA DE 4TO Y 5TO DEDO MANO IZQUIERDA

PACIENTE REFIERE DOLOR LEVE CONTORLADO, NIEGA OTROS SINTOMAS, REFIERE QUE LE VA BINE EN CIRUGIA

AL EXAMEN FISICO

CONCIENTE ORIENTADO

SV FC 76 LPM, FR 19 RPM

MUSLO DER CON APOSITOS EN CARA LATERAL CUBRIENDO HERIDAS QUIRURGICAS, NO DEFICIT NEURO VASCULAR DISTAL

ANTEBRAZO IZQUIERDO CON FERULA EN POSICION

PACIENTE ESTABLE TOLERANDO PORCEDIMEINTO QUIRURGICO PENDINTE RESULTADO DE HEMOGRAMA POSTQUIRURGICO SOLICITADO, EN CASO DE PRESENTAR HB MENOR A 10 REQUIERE TRANSFUCION PARA GARANTIZAR ADECUADO APOORTE PARA CONSOLIDACION DE FRACTURAS, SE ORDEENA TANSFUNDIR GRE SEGUN REPORTE DE HEMOGRAMA SOLICITADO PARA LOGRAR HB CERCANA A 10, SE GU EVOLUCION ALTA MEDICA EL DIA DE MAÑANA

DIETA

NORMAL

JUSTIFICACION DE LA HOSPITALIZACION

ANTECEDENTES

12/09/2015	Medicos	NIEGA
12/09/2015	Quirurgicos	CESAREA N° 1
12/09/2015	Tóxicos	NIEGA
12/09/2015	Alérgicos	NIEGA
12/09/2015	Farmacológicos	NIEGA
12/09/2015	Ginecobstétricos	G1POC1

G 0 P 0 A 0 C 0 V 0 E 0 M 0

Planifica? ☐

DIAGNOSTICOS

Codigo	Descripción Diagnostico	Observaciones	Impo
5723	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR		<input checked="" type="checkbox"/>

INDICACIONES MEDICAS

TIPO

Hospitalizacion

DESCRIPCION

Profesional DIAZ OTERO FABIO ALEXANDER

Registro Profesional 91534023

Especialidad ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA

LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S A] NIT [860090566 1]

Firma

NIVEL TRIAGE

Profesional DIAZ OTERO FABIO ALEXANDER
Registro Profesional 91534023
Especialidad ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA
LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S A] NIT [860090566 1]

Firma



CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos cómo te sientes sabemos cómo cuidarte

EVOLUCION

No Historia Clínica	1103113022	Fec Registro	22/09/15 10 49	Folio	42
Nombre del Paciente	RUTH MARINA BUSTAMANTE PEREZ	Ingreso	1055200		
Fec. Nacimiento	20/01/1994	Edad	21 AÑOS - 8 MESES - 1 DIAS	Fecha de Ingreso	17/09/2015 14 58
Estado Civil	Soltero	Sexo	Femenino	Nivel o Estrato	NIVEL II 2015
Dirección	CRA 73 A 64F 89			Tipo Vinculación	Particular
Telefono	3014566818-6025567	Lugar Residencia	BOGOTA	Causa Externa	Enfermedad_General
Entidad	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR - 891080005-1				
Responsable	Acompañante				
Tel Responsable	Tel				
Parentesco					
Dirección					

DIAGNOSTICO Y ANALISIS SUBJETIVO

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS CON DX

- 1 POSTOPERATORIO RAFE FRACTURA TRANSVERSA DIAFISIS DE FEMUR DERECHO
- 2 POSTOPERATORIO RAFI DE FRACTURA RADIO DISTAL IZQUIERDO
- 3 POSTOPERATORIO RAFI FRACTURA DE 4TO Y 5TO DEDO MANO IZQUIERDA

ANALISIS OBJETIVO

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HIDRATADA PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA, CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. EXTREMIDADES MUSLO DERECHO CON TUTOR EXTERNO EN POSICION SIN ESTIGMAS DE SANGRADO NI SECRECION NO DEFICIT NEURO-VASCULAR DISTAL ANTEBRAZO IZQUIERDO CON FERULA EN POSICION NEUROLOGICO PACIENTE ALERTA, ORIENTADA EN PERSONA, TIEMPO Y LUGAR, NO DEFICIT APARENTE, GLASGOW 15/15

SIGNOS VITALES

TA	/	FC	FR	PCEF	PESO ,00	TM
TEMP ,00	°C	GLASGOW	/ 15	PTORAX	SAT02	FI002

PARACLINICOS, ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

PACTE CON ADECUADA EVOLUCION POP, ESTABILIDAD LICNIAC Y HEMODINAMICA CON RTODEN DE CH CONTROL HGL 10 5 HCTO 31 SE DETERMINA CONTINUAR OBSERVACION POR PARTE DE ORTOPEDIA SEGUYN EVOLUCION Y NUEVO CH CONTROL POSIBLE EGRESO EL DIA DE AMÑANA
 ATENTOS A EOVLUIPON

DIETA

JUSTIFICACION DE LA HOSPITALIZACION

ANTECEDENTES

12/09/2015	Medicos	NIEGA
12/09/2015	Quirurgicos	CESAREA N° 1
12/09/2015	Toxicos	NIEGA
12/09/2015	Alérgicos	NIEGA

Profesional PRIETO ZAPATA GERMAN DAVID

Registro Profesional 1024467073

Especialidad MEDICINA GENERAL

Firma

LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

PCDDIG02-12/07/2019 - 03303

12/09/2015 Farmacologicos NIEGA
12/09/2015 Ginecobstétricos G1P0C1
G O P O A O C O V O E O M O

Planifica? ☐

DIAGNOSTICOS

Codigo	Descripción Diagnostico	Observaciones	Impo
S723	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR		<input checked="" type="checkbox"/>

FORMULA MEDICA

Codigo	Descripción	Posologia	Cant
11103018	cefAZOLina 1 g Polvo para Inyeccion frasco vial	1 gramo IV CADA 6 HORAS	4
11114025	metocLOPRAmida 10 mg / 2 mL Solucion Inyectable Ampolla	10 MG IV CADA 8 HORAS	3
11114034	Ranitidina clorhidrato 50 mg / 2 mL Solucion Inyectable ampolla	50 MG IV CADA 8 HORAS	3
11110015	SODIO CLORURO 0.9 x 1000 ML SOLUCION -IV	60 CC / HORA	2
11121070	Tramadol clorhidrato 50 mg / mL Solucion inyectable ampolla	50 mg IV CADA 8 HORAS	3

SOLICITUD DE EXAMENES

Codigo	Descripción	Observación	Cant
T19304	LABORATORIO CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	EN 12 HR	1

RESULTADO DE EXAMENES

Descripción	Codigo	Fecha
	T19304	22/09/2015 08:00:09 p.m.
SERIE BLANCA * LEUCOCITOS 7.68 x 10 ³ /uL Val/Ref 5.00 - 10.00% LINFOCITOS 8.2 % Val/Ref 17.00 - 45.00% NEUTROFILOS 82.5 % Val/Ref 55.00 - 70.00% MXD 0.0 % Val/Ref 1.00 - 9.00% EOSINOFILOS 0.70 % Val/Ref 1.00 - 5.00% BASOFILOS 0.10 % Val/Ref 0.00 - 2.00% MONOCITOS 8.50 % Val/Ref 3.00 - 14.00% LINFOCITOS # ABS 0.63 x 10 ³ /uL NEUTROFILOS # ABS 6.34 x 10 ³ /uL MXD # ABS 0.00 x 10 ³ /uL Val/Ref 0.10 - 0.90 EOSINOFILOS # ABS 0.05 x 10 ³ /uL BASOFILOS # ABS 0.01 x 10 ³ /uL MONOCITOS # ABS 0.65 x 10 ³ /uL SERIE ROJA * GLOBULOS ROJOS 3.14 x 10 ⁶ /uL Val/Ref 4.00 - 4.50 HEMOGLOBINA 8.5 g/dL Val/Ref 12.00 - 16.00 HEMATOCRITO 25.7 % Val/Ref 37.00 - 48.00 VOL CORP MEDIO 81.8 fL Val/Ref 89.00 - 95.00 HGB CORPUSCULAR MEDIA 27.1 pg Val/Ref 27.00 - 33.00 CONC HGB CORP MEDIA 33.1 g/dL Val/Ref 32.00 - 34.00 ANCHO DISTRIB ERITROCITOS CV 13.8 % Val/Ref 11.60 - 15.50 SERIE PLAQUETARIA PLAQUETAS 239 x 10 ³ /uL Val/Ref 150.00 - 450.00 VOL MEDIO PLAQUETARIO 10.70 fL ANCHO DISTRIB PLAQUETARIA 38.700 GSD RETICULOSITOS # 0.00 FRACCION DE RETICULOSITOS INMADUROS 0.00 HEMOGLOBINA RETICULOCITARIA 0.00 Coment		

Fecha Interpretación 23/09/2015 01:47:47 a.m.

Interpretación

INDICACIONES MEDICAS

TIPO

Urgencias_Observacion

DESCRIPCION

NIVEL TRIAGE

Profesional PRIETO ZAPATA GERMAN DAVID

Registro Profesional 1024467073

Especialidad MEDICINA GENERAL

Firma



CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos como te sientes, sabemos como cuidarte

EVOLUCION

No Historia Clínica	1103113022	Fec. Registro	23/09/15 01:47	Folio	43
Nombre del Paciente	RUTH MARINA BUSTAMANTE PEREZ			Ingreso	1055200
Fec. Nacimiento	20/01/1994	Edad	21 AÑOS - 8 MESES - 2 DIAS	Fecha de Ingreso	17/09/2015 14:58
Estado Civil	Soltero	Sexo	Femenino	Nivel o Estrato	NIVEL II 2015
Dirección	CRA 73 A 64F 89	Lugar Residencia	BOGOTA	Tipo Vinculación	Particular
Telefono	3014566818-6025567	Entidad	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR - 891080005-1	Causa Externa	Enfermedad_General

Responsable	Acompañante
Tel Responsable	Tel
Parentesco	
Dirección	

DIAGNOSTICO Y ANALISIS SUBJETIVO

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS CON DX

- 1 POSTOPERATORIO RAFA FRACTURA TRANSVERSA DIAFISIS DE FEMUR DERECHO
- 2 POSTOPERATORIO RAFA FRACTURA RADIO DISTAL IZQUIERDO
- 3 POSTOPERATORIO RAFA FRACTURA DE 4TO Y 5TO DEDO MANO IZQUIERDA

Paciente refiere sentirse mejor tolerando via oral presenta pico febril de 38 sin signos de bajo gasto, deposición positiva diuresis positiva en el momento sin dolor

ANALISIS OBJETIVO

paciente consiente hidratado afebril, mucosa oral húmeda c/p no soplos no agregados abdomen blando no doloroso extremidades en MIS inmovilizados con vendaje y ferula en MII heridas qx cubiertas con apósitos perficón distal menor a dos segundos movimientos activos y pasivos normales

SIGNOS VITALES

TA	110	/	80	FC	75	FR	16	PCEF		PESO	,00	TM
TEMP	38,00		°C	GLASGOW	15		/ 15	PTORAX		SAT02	97	FI002

PARACLINICOS, ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

paciente con pop de retiro de tutor externo en el momento en manejo por ortopedia, quien decide toma de hemograma de control y posible transfusión, en el momento cuadro hematológico sin leucocitosis ni neutrofilia con hb 8.5 en el momento paciente sin signos de bajo gasto, totalmente asintomática considero toma de nuevo control de hemograma a las 6 am en el momento no inicio transfusión

DIETA

por servicio tratante

JUSTIFICACION DE LA HOSPITALIZACION

politrauma

ANTECEDENTES

12/09/2015	Médicos	NIEGA
12/09/2015	Quirúrgicos	CESAREA N° 1
12/09/2015	Toxicos	NIEGA
12/09/2015	Alérgicos	NIEGA
12/09/2015	Farmacológicos	NIEGA
12/09/2015	Ginecobstétricos	G1P0C1

G O P O A O C O V O E O M O

Planifica? ☐

DIAGNOSTICOS

Código	Descripción Diagnóstico	Observaciones	Impo
Profesional	JURADO VILLAMIL JOSE DANIEL		
Registro Profesional	1053336214		
Especialidad	MEDICINA GENERAL		

Firma

S723 FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR

**FORMULA MEDICA**

Codigo	Descripción	Posologia	Cant
11121070	Tramadol clorhidrato 50 mg / mL Solucion inyetable ampolla	50 mg IV CADA 8 HORAS	3
11114034	Ranitidina clorhidrato 50 mg / 2 mL Solucion Inyetable ampolla	50 MG IV CADA 8 HORAS	3
11114025	metocLOPRAMida 10 mg / 2 mL Solucion Inyetable Ampolla	10 MG IV CADA 8 HORAS	3
11103018	cefAZOLina 1 g Polvo para Inyeccion frasco vial	1 gramo IV CADA 6 HORAS	4
11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyetable x 500 mL	60 CC / HRS	1

INDICACIONES MEDICAS**TIPO**

Hospitalizacion

DESCRIPCION**NIVEL TRIAGE**

Profesional JURADO VILLAMIL JOSE DANIEL

Registro Profesional 1053336214

Especialidad MEDICINA GENERAL

Firma



LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S A] NIT [860090566 1]



CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos cómo te sientes, sabemos cómo cuidarte

EVOLUCION

No Historia Clínica	1103113022	Fec Registro	23/09/15 01 50	Folio	44
Nombre del Paciente	RUTH MARINA BUSTAMANTE PEREZ	Ingreso	1055200		
Fec. Nacimiento	20/01/1994	Edad	21 AÑOS - 8 MESES 2 DIAS	Fecha de Ingreso	17/09/2015 14 58
Estado Civil	Soltero	Sexo	Femenino	Nivel o Estrato	NIVEL II 2015
Dirección	CRA 73 A 64F 89			Tipo Vinculación	Particular
Telefono	3014566818-6025567	Lugar Residencia	BOGOTA	Causa Externa	Enfermedad_General
Entidad	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR 891080005-1				

Responsable	Acompañante
Tel Responsable	Tel
Parentesco	
Dirección	

DIAGNOSTICO Y ANALISIS SUBJETIVO

se abre folio para solicitud de lab de control

ANALISIS OBJETIVO

SIGNOS VITALES

TA	/	FC	FR	PCEF	PESO	,00	TM
TEMP	,00	°C	GLASGOW	/ 15	PTORAX	SAT02	FIO02

PARACLINICOS, ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

DIETA

JUSTIFICACION DE LA HOSPITALIZACION

ANTECEDENTES

12/09/2015	Médicos	NIEGA
12/09/2015	Quirúrgicos	CESAREA N° 1
12/09/2015	Tóxicos	NIEGA
12/09/2015	Alérgicos	NIEGA
12/09/2015	Farmacológicos	NIEGA
12/09/2015	Ginecobstétricos	G1P0C1

G O P O A O C O V O E O M O

Planifica? ☐

DIAGNOSTICOS

Codigo	Descripción Diagnostico	Observaciones	Impo
S723	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR		<input checked="" type="checkbox"/>

SOLICITUD DE EXAMENES

Codigo	Descripción	Observación	Cant
T19304	LABORATORIO CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	tomar 6 am	1

RESULTADO DE EXAMENES

	Codigo	Fecha
	T19304	23/09/2015 06 20 06 a m
Descripción	SERIE BLANCA * LEUCOCITOS 7 60 x 10 ³ /uL Val/Ref 5 00 - 10 00% LINFOCITOS 13 8 % Val/Ref 17 00 - 45 00% NEUTROFILOS 76 2 % Val/Ref 55 00 - 70 00% MXD 0 0 % Val/Ref 1 00 - 9 00% EOSINOFILOS 1 10 % Val/Ref 1 00 - 5 00% BASOFILOS 0 00 % Val/Ref 0 00 - 2 00% MONOCITOS 8 90 % Val/Ref 3 00 -	

Profesional JURADO VILLAMIL JOSE DANIEL

Registro Profesional 1053336214

Especialidad MEDICINA GENERAL

Firma

14 00LINFOCITOS # ABS 1 05 x10^3/uLNEUTROFILOS #ABS 5 79 x10^3/uLMD # ABS 0 00 x10^3/uL
Val/Ref 0 10 0 90EOSINOFILOS # ABS 0 08 x10^3/uLBASOFILOS # ABS 0 00 x10^3/uLMONOCITOS # ABS 0 68
10^3/uLSERIE ROJA * GLOBULOS ROJOS 3 15 x10^6/uL Val/Ref 4 00 4 50HEMOGLOBINA 8 4 g/dL
Val/Ref 12 00 - 16 00HEMATOCRITO 25 9 % Val/Ref 37 00 - 48 00VOL CORP MEDIO 82 2 fL Val/Ref 89 00
95 00HGB CORPUSCULAR MEDIA 26 7 pg Val/Ref 27 00 - 33 00CONC HGB CORP MEDIA 32 4 g/dL Val/Ref
32 00 - 34 00ANCHO DISTRIB ERITROCITOS CV 14 1 % Val/Ref 11 60 15 50SERIE PLAQUETARIA
PLAQUETAS 237 x10^3/uL Val/Ref 150 00 450 00VOL MEDIO PLAQUETARIO 10 60 fL ANCHO DE
DISTRIB PLAQUETARIA 39 800 GSDRETICULOSITOS # 0 00 FRACCION DE RETICULOSITOS INMADUROS 0 00
HEMOGLOBINA RETICULOCITARIA 0 00 Coment

Fecha Interpretación 23/09/2015 07:15:58 a.m.

Interpretación

INDICACIONES MEDICAS

TIPO

Hospitalización

DESCRIPCION

NIVEL TRIAGE

Profesional JURADO VILLAMIL JOSE DANIEL

Registro Profesional 1053336214

Especialidad MEDICINA GENERAL

Firma





CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos cómo te sientes, sabemos cómo cuidarte

EVOLUCION ORTOPEDIA

No Historia Clínica 1103113022	Fec. Registro 23/09/15 07 16	Folio 45
Nombre del Paciente RUTH MARINA BUSTAMANTE PEREZ	Ingreso 1055200	
Fec. Nacimiento 20/01/1994	Edad 21 AÑOS - 8 MESES - 2 DIAS	Fecha de Ingreso 17/09/2015 14 58
Estado Civil Soltero	Sexo Femenino	Nivel/Estrato NIVEL II 2015
Dirección CRA 73 A 64F 89		Tipo Vinculación Particular
Telefono 3014566818-6025567	Lugar Residencia BOGOTA	Causa Externa Accidente_de_Transito
Entidad CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR	Acudiente	
Area de Servicio OBSERVACION ADULTOS	Tel	
Responsable	Acompañante	
Tel Responsable	Tel	
Parentesco		
Dirección		

DIAGNOSTICO Y PLAN DE MANEJO

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS CON Dx

1 POSTOPERATORIO RAFI FRACTURA TRANSVERSA DIAFISIS DE FEMUR DER

2 POSTOPERATORIO RAFI DE FRACTURA RADIO DISTAL IZQUIERDO

4 POSTOPERATORIO RAFI FRACTURA DE 4TO Y 5TO DEDO MANO IZQUIERDA

PACIENTE REFIERE DOLOR LEVE CONTORLADO, NIEGA OTROS SINTOMAS, REFIERE QUE LE VA BINE EN CIRUGIA

AL EXAMEN FISICO

CONCIENTE ORIENTADO

SV FC 90 LPM, FR 19 RPM

MUSLO DER CON APOSITOS EN CARA LATERAL CUBRIENDO HERIDAS QUIRURGICAS, NO DEFICIT NEURO VASCULAR DISTAL

ANTEBRAZO IZQUIERDO CON FERULA EN POSICION

PACIENTE CON HB DE 8 4 EN ULTIMO CONTROL, NO ES ACATADA ORDEN DE TRANSFUNDIR EN CASO DE PRESENTAR HB MENOR DE 10, SE ORDENA HOY TRANFUNDIR 2 UGRE PARA GARANTISAR ADECUADO APORTE REQUERIDO PARA CONSOLIDACION DE FRACTURAS, Y SEGUN EVOLUCION ALTA MEDICA EL DIA DE MAÑANA

DIETA

NORMAL

JUSTIFICACION DE LA HOSPITALIZACION

TRANSFUNDIR

ANTECEDENTES

12/09/2015	Médicos	NIEGA
12/09/2015	Quirúrgicos	CESAREA N° 1
12/09/2015	Tóxicos	NIEGA
12/09/2015	Alérgicos	NIEGA
12/09/2015	Farmacológicos	NIEGA
12/09/2015	Ginecobstétricos	G1POC1

G O P O A O C O V O E O M O

Planifica? ☐

DIAGNOSTICOS

Código	Descripción Diagnostico	Observaciones	Impo
S723	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR		<input checked="" type="checkbox"/>

INDICACIONES MEDICAS

TIPO

Hospitalización

DESCRIPCION

NIVEL TRIAGE

Profesional DIAZ OTERO FABIO ALEXANDER

Registro Profesional 91534023

Especialidad ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA

LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S A] NIT [860090566-1]

Firma



CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos cómo te sientes, sabemos cómo cuidarte

EVOLUCION

No Historia Clínica 1103113022 **Fec. Registro** 23/09/15 10:32 **Folio** 46
Nombre del Paciente RUTH MARINA BUSTAMANTE PEREZ **Ingreso** 1055200
Fec. Nacimiento 20/01/1994 **Edad** 21 AÑOS 8 MESES 2 DÍAS **Fecha de Ingreso** 17/09/2015 14:58
Estado Civil Soltero **Sexo** Femenino **Nivel o Estrato** NIVEL II 2015
Dirección CRA 73 A 64F 89 **Tipo Vinculación** Particular
Telefono 3014566818-6025567 **Lugar Residencia** BOGOTA **Causa Externa** Enfermedad_General
Entidad CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR 891080005 1

Responsable **Acompañante**
Tel Responsable **Tel**
Parentesco
Dirección

DIAGNOSTICO Y ANALISIS SUBJETIVO

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS CON DX

- 1 POSTOPERATORIO RAFE FRACTURA TRANSVERSA DIAFISIS DE FEMUR DERECHO
- 2 POSTOPERATORIO RAFI DE FRACTURA RADIO DISTAL IZQUIERDO
- 3 POSTOPERATORIO RAFI FRACTURA DE 4TO Y 5TO DEDO MANO IZQUIERDA

ANALISIS OBJETIVO

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HIDRATADA PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA, CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL EXTREMIDADES MUSLO DERECHO CON TUTOR EXTERNO EN POSICION SIN ESTIGMAS DE SANGRADO NI SECRECION NO DEFICIT NEURO-VASCULAR DISTAL ANTEBRAZO IZQUIERDO CON FERULA EN POSICION NEUROLOGICO PACIENTE ALERTA, ORIENTADA EN PERSONA, TIEMPO Y LUGAR, NO DEFICIT APARENTE, GLASGOW 15/15

SIGNOS VITALES

TA 120 / 80 **FC** 79 **FR** 23 **PCEF** **PESO** ,00 **TM**
TEMP 36,00 °C **GLASGOW** / 15 **PTORAX** **SAT02** 96 **FIO02**

PARACLINICOS, ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

PACTE CON ADECUADA EVOLUCION POP, ESTABILIDAD LICNIAC Y HEMODINAMICA CON RTODEN DE CH CONTROL HGL 8 HCTO 26 SE DETERMINA INICO DE PORCESO TRANSFUSIONAL 2 UGR CH CONTROL POST TRANSFUIONAL ATENTOS A EOVLUIPON APARA DEFINIR EGRESO POR APRTE DE ORTOPEDIA

DIETA

RICA EN HIERRO

JUSTIFICACION DE LA HOSPITALIZACION

ANTECEDENTES

12/09/2015 Médicos NIEGA
 12/09/2015 Quirúrgicos CESAREA N° 1
 12/09/2015 Tóxicos NIEGA
 12/09/2015 Alergicos NIEGA
 12/09/2015 Farmacológicos NIEGA
 12/09/2015 Ginecobstétricos G1POC1

Profesional PRIETO ZAPATA GERMAN DAVID

Registro Profesional 1024467073

Especialidad MEDICINA GENERAL

Firma

LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S A] NIT [860090566 1]

G O P O A O C O V O E O M O

Planifica? ☐**DIAGNOSTICOS**

Codigo	Descripcion Diagnostico	Observaciones	Impo
S723	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR		<input checked="" type="checkbox"/>

FORMULA MEDICA

Codigo	Descripción	Posologia	Cant
11103018	cefAZOLina 1 g Polvo para Inyección frasco vial	1 gramo IV CADA 6 HORAS	4
11114025	metocLOPRAmida 10 mg / 2 mL Solucion Inyectable Ampolla	10 MG IV CADA 8 HORAS	3
11114034	Ranitidina clorhidrato 50 mg / 2 mL Solucion Inyectable ampolla	50 MG IV CADA 8 HORAS	3
11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyectable x 500 mL	60 CC / HRS	1
11121070	Tramadol clorhidrato 50 mg / mL Solucion inyectable ampolla	50 mg IV CADA 8 HORAS	3

SOLICITUD DE EXAMENES

Codigo	Descripción	Observación	Cant
T19304	LABORATORIO CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA		1

RESULTADO DE EXAMENES

	Codigo	Fecha
	T19304	24/09/2015 05:55:02 a.m.
Descripción	SERIE BLANCA * LEUCOCITOS 8.87 x 10 ³ /uL Val/Ref 5.00 - 10.00% LINFOCITOS 13.5 % Val/Ref 17.00 - 45.00% NEUTROFILOS 75.6 % Val/Ref 55.00 - 70.00% MXD 0.0 % Val/Ref 1.00 - 9.00% EOSINOFILOS 2.10 % Val/Ref 1.00 - 5.00% BASOFILOS 0.20 % Val/Ref 0.00 - 2.00% MONOCITOS 8.60 % Val/Ref 3.00 - 14.00% LINFOCITOS # ABS 1.20 x 10 ³ /uL NEUTROFILOS # ABS 6.70 x 10 ³ /uL MXD # ABS 0.00 x 10 ³ /uL Val/Ref 0.10 - 0.90 EOSINOFILOS # ABS 0.19 x 10 ³ /uL BASOFILOS # ABS 0.02 x 10 ³ /uL MONOCITOS # ABS 0.76 x 10 ³ /uL SERIE ROJA * GLOBULOS ROJOS 3.70 x 10 ⁶ /uL Val/Ref 4.00 - 4.50 HEMOGLOBINA 10.3 g/dL Val/Ref 12.00 - 16.00 HEMATOCRITO 30.2 % Val/Ref 37.00 - 48.00 VOL. CORP. MEDIO 81.6 fL Val/Ref 89.00 - 95.00 HGB. CORPUSCULAR MEDIA 27.8 pg Val/Ref 27.00 - 33.00 CONC. HGB. CORP. MEDIA 34.1 g/dL Val/Ref 32.00 - 34.00 ANCHO DISTRIB. ERITROCITOS CV 14.4 % Val/Ref 11.60 - 15.50 SERIE PLAQUETARIA PLAQUETAS 230 x 10 ³ /uL Val/Ref 150.00 - 450.00 VOL. MEDIO PLAQUETARIO 11.10 fL ANCHO DISTRIB. PLAQUETARIA 40.900 GSD RETICULOSITOS # 0.00 FRACCION DE RETICULOSITOS INMADUROS 0.00 HEMOGLOBINA RETICULOCITARIA 0.00 Coment	

Fecha Interpretación 24/09/2015 08:14:07 a.m.

Interpretación

INDICACIONES MEDICAS**TIPO**

Urgencias_Observación

DESCRIPCION**NIVEL TRIAGE**

Profesional PRIETO ZAPATA GERMAN DAVID

Registro Profesional 1024467073

Especialidad MEDICINA GENERAL

Firma

LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S A] NIT [860090566-1]



CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos cómo te sientes, sabemos cómo cuidarte

EVOLUCION

No Historia Clínica	1103113022	Fec Registro	23/09/15 17 13	Folio	47
Nombre del Paciente	RUTH MARINA BUSTAMANTE PEREZ			Ingreso	1055200
Fec. Nacimiento	20/01/1994	Edad	21 AÑOS 8 MESES 2 DÍAS	Fecha de Ingreso	17/09/2015 14 58
Estado Civil	Soltero	Sexo	Femenino	Nivel o Estrato	NIVEL II 2015
Dirección	CRA 73 A 64F 89			Tipo Vinculación	Particular
Telefono	3014566818-6025567	Lugar Residencia	BOGOTA	Causa Externa	Enfermedad_General
Entidad	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR 891080005 1				

Responsable	Acompañante
Tel Responsable	Tel
Parentesco	
Dirección	

DIAGNOSTICO Y ANALISIS SUBJETIVO

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS CON DX

- 1 POSTOPERATORIO RAFE FRACTURA TRANSVERSA DIAFISIS DE FEMUR DERECHO
- 2 POSTOPERATORIO RAFI DE FRACTURA RADIO DISTAL IZQUIERDO
- 3 POSTOPERATORIO RAFI FRACTURA DE 4TO Y 5TO DEDO MANO IZQUIERDA

ANALISIS OBJETIVO

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HIDRATADA PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA, CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL EXTREMIDADES MUSLO DERECHO CON TUTOR EXTERNO EN POSICION SIN ESTIGMAS DE SANGRADO NI SECRECION NO DEFICIT NEURO-VASCULAR DISTAL ANTEBRAZO IZQUIERDO CON FERULA EN POSICION NEUROLOGICO PACIENTE ALERTA, ORIENTADA EN PERSONA, TIEMPO Y LUGAR, NO DEFICIT APARENTE, GLASGOW 15/15

PCIENTE CON DX ANATAO EL DIA 22/09/15 PRIMER CH CON HB EN 10 5 SEGUN DA HB DE EL DIA 8 5 EL CUAL FUE CONFIRMADO Y REVISADO EL DIA DE HOY 23/09/15 EN HORAS DE LA MADRIUGADA A PARTIR DE ESE MOMENO SE RESERVAROJ LAS U DE GR SOLICITADAS POR ORTOPEDIA SS CH POS TX

SIGNOS VITALES

TA	/	FC	FR	PCEF	PESO	,00	TM
TEMP	,00	°C	GLASGOW	/ 15	PTORAX	SAT02	FIO02

PARACLINICOS, ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

DIETA

X

JUSTIFICACION DE LA HOSPITALIZACION

X

ANTECEDENTES

12/09/2015	Médicos	NIEGA
12/09/2015	Quirurgicos	CESAREA Nº 1
12/09/2015	Toxicos	NIEGA
12/09/2015	Alérgicos	NIEGA
12/09/2015	Farmacologicos	NIEGA
12/09/2015	Ginecobstetricos	G1POC1

G 0 P 0 A 0 C 0 V 0 E 0 M 0

Profesional DIAZ CORRALES JULIANA MARCELA**Registro Profesional** 52956464**Especialidad** MEDICINA GENERAL**Firma**

Planifica? ☐**DIAGNOSTICOS**

Codigo	Descripción Diagnostico	Observaciones	Impo
S723	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR		<input checked="" type="checkbox"/>

SOLICITUD DE EXAMENES

Codigo	Descripción	Observación	Cant
T19304	LABORATORIO CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	6H POS TX	1

RESULTADO DE EXAMENES

Codigo

Fecha

INDICACIONES MEDICAS**TIPO**

Urgencias_Observacion

DESCRIPCION**NIVEL TRIAGE**

Profesional DIAZ CORRALES JULIANA MARCELA

Registro Profesional 52956464

Especialidad MEDICINA GENERAL

Firma

LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S A] NIT [860090566-1]



CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos cómo te sientes, sabemos cómo cuidarte

EVOLUCION

No Historia Clínica 1103113022 Fec. Registro 24/09/15 00 25 Folio 48
 Nombre del Paciente RUTH MARINA BUSTAMANTE PEREZ Ingreso 1055200
 Fec. Nacimiento 20/01/1994 Edad 21 AÑOS 8 MESES 3 DIAS Fecha de Ingreso 17/09/2015 14 58
 Estado Civil Soltero Sexo Femenino Nivel o Estrato NIVEL II 2015
 Dirección CRA 73 A 64F 89 Tipo Vinculación Particular
 Telefono 3014566818 Lugar Residencia BOGOTA Causa Externa Enfermedad_General
 6025567
 Entidad CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR
 891080005 1

Responsable Acompañante
 Tel Responsable Tel
 Parentesco
 Dirección

DIAGNOSTICO Y ANALISIS SUBJETIVO

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS CON Dx

- 1 POSTOPERATORIO RAFI FRACTURA TRANSVERSA DIAFISIS DE FEMUR DER
- 2 POSTOPERATORIO RAFI DE FRACTURA RADIO DISTAL IZQUIERDO
- 4 POSTOPERATORIO RAFI FRACTURA DE 4TO Y 5TO DEDO MANO IZQUIERDA
- S MODULACION DE DOLOR

ANALISIS OBJETIVO

MUSLO DER CON APOSITOS EN CARA LATERAL CUBRIENDO HERIDAS QUIRURGICAS, NO DEFICIT NEURO VASCULAR DISTAL
 ANTEBRAZO IZQUIERDO CON FERULA EN POSICION
 PACIENTE CON HB DE 8 4 EN ULTIMO CONTROL, NO ES ACATADA ORDEN DE TRANSFUNDIR EN CASO DE PRESENTAR HB MENOR DE 10, SE ORDENA HOY TRANFUNDIR 2 UGRE PARA GARANTISAR ADECUADO APOORTE REQUERIDO PARA CONSOLIDACION DE FRACTURAS, Y SEGUN EVOLUCION ALTA MEDICA EL DIA DE MAÑANA

SIGNOS VITALES

TA 120 / 75 FC 85 FR 19 PCEF PESO ,00 TM
 TEMP ,00 °C GLASGOW / 15 PTORAX SAT02 96 FIO02

PARACLINICOS, ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

EVOLUCION ESTACIONARIA , SE DECIDE CH CONTROL EN LA MAÑANA

DIETA

NIDME

JUSTIFICACION DE LA HOSPITALIZACION

IDEM

ANTECEDENTES

12/09/2015 Médicos NIEGA
 12/09/2015 Quirurgicos CESAREA N° 1
 12/09/2015 Toxicos NIEGA
 12/09/2015 Alergicos NIEGA
 12/09/2015 Farmacologicos NIEGA
 12/09/2015 Ginecobstétricos G1POC1

G 0 P 0 A 0 C 0 V 0 E 0 M 0

Planifica? ☐

DIAGNOSTICOS

Codigo	Descripción Diagnostico	Observaciones	Impo
S723	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR		<input checked="" type="checkbox"/>

FORMULA MEDICA

Profesional ROMERO TORRES AUGUSTO XAVIER

Registro Profesional 17976926

Especialidad MEDICINA GENERAL

Firma

LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S A] NIT (860090566 1)

Código	Descripción	Posología	Cant
11121070	Tramadol clorhidrato 50 mg / mL Solucion inyetable ampolla	50 mg IV CADA 8 HORAS	3
11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyectable x 500 mL	60 CC / HRS	1
11114034	Ranitidina clorhidrato 50 mg / 2 mL Solucion Inyectable ampolla	50 MG IV CADA 8 HORAS	3
11103018	cefAZOLina 1 g Polvo para Inyeccion frasco vial	1 gramo IV CADA 6 HORAS	4
11121007	Alprazolam 0.5 mg Tableta	0.5 mg VO / NOCHE	1

INDICACIONES MEDICAS**TIPO**

Urgencias_Observacion

DESCRIPCION**NIVEL TRIAGE****Profesional** ROMERO TORRES AUGUSTO XAVIER**Registro Profesional** 17976926**Especialidad** MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S A] NIT [860090566-1]

Firma



CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos como te sientes sabemos como cuidarte

EVOLUCION ORTOPEDIA

No Historia Clínica 1103113022	Fec. Registro 24/09/15 08 14	Folio 49
Nombre del Paciente RUTH MARINA BUSTAMANTE PEREZ	Ingreso 1055200	
Fec. Nacimiento 20/01/1994	Edad 21 AÑOS 8 MESES 3 DIAS	Fecha de Ingreso 17/09/2015 14 58
Estado Civil Soltero	Sexo Femenino	Nivel/Estrato NIVEL II 2015
Dirección CRA 73 A 64F 89	Tipo Vinculación Particular	Causa Externa Accidente_de_Transito
Telefono 3014566818-6025567	Lugar Residencia BOGOTA	
Entidad CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR	Acudiente	
Area de Servicio OBSERVACION ADULTOS	Tel	
Responsable	Acompañante	
Tel Responsable	Tel	
Parentesco		
Dirección		

DIAGNOSTICO Y PLAN DE MANEJO

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS CON Dx

- 1 POSTOPERATORIO RAFI FRACTURA TRANSVERSA DIAFISIS DE FEMUR DER
- 2 POSTOPERATORIO RAFI DE FRACTURA RADIO DISTAL IZQUIERDO
- 4 POSTOPERATORIO RAFI FRACTURA DE 4TO Y 5TO DEDO MANO IZQUIERDA

*PACIENTE REFIERE DOLOR LEVE CONTORLADO, NIEGA OTROS SINTOMAS, REFIERE QUE LE VA BIEN EN TRANSFUSION

AL EXAMEN FISICO

CONCIENTE ORIENTADO

SV FC 70 LPM, FR 19 RPM

MUSLO DER CON APOSITOS EN CARA LATERAL CUBRIENDO HERIDAS QUIRURGICAS, NO DEFICIT NEURO VASCULAR DISTAL

ANTEBRAZO IZQUIERDO CON FERULA EN POSICION

PACIENTE CON BUENA EVOLUCION HB POSTRANFUSION 10 2, ESTABLE HEMODINAMICA CON DOLOR CONTROLADO SE DECIDE ENTONCES ALTA MEDICA HOY, SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

DIETA

NORMAL

JUSTIFICACION DE LA HOSPITALIZACION

SALIDA

ANTECEDENTES

12/09/2015	Médicos	NIEGA
12/09/2015	Quirúrgicos	CESAREA N° 1
12/09/2015	Toxicos	NIEGA
12/09/2015	Alérgicos	NIEGA
12/09/2015	Farmacológicos	NIEGA
12/09/2015	Ginecobstétricos	G1P0C1

G O P O A O C O V O E O M O

Planifica? ☐

DIAGNOSTICOS

Código	Descripción Diagnostico	Observaciones	Impo
S723	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR		<input type="checkbox"/>
S723	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR		<input checked="" type="checkbox"/>

FORMULA MEDICA

Código	Descripción	Posologia	Cant
11121003	Acetaminofen 500 mg Tableta	TOMAR 1 O 2 ASEGUN DOLOR CADA 6 HORAS	60
11121069	Tramadol clorhidrato 10% Solucion ORAL FRASCO x 10 mL	TOAMR 10 GOTAS CADA 8 HROAS POR DOLOR	3
11103016	cefALEXina 500 mg Capsula	TOMAR 1 CADA 6 HROA SOR 5 DIAS	20

Profesional DIAZ OTERO FABIO ALEXANDER

Registro Profesional 91534023

Especialidad ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA

LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S A] NIT [860090566-1]

Firma

11111008

Enoxaparina 40 mg Solucion Inyectable Jeringa Prellena

APLICAR SUBCUTANEO PERIUMBILICAL CADA 24
HORA SPOR 30 DIAS

30

SOLICITAR CITA CONTROL EN 8 DIAS CON DR
RESTREPO CONSULTA EXTERNA CLINICA DE
OCCIDENTESOLICITAR CITA CONTROL EN 15 DIAS
CON DR BERMUDEZ CONSULTA EXTERNA CLINICA
DE OCCIDENTENO MOJAR NI RETIRAR
VENDAJESMANTENER EXTREMIDAD ELEVADAUSO
DE SILLA DE RUEDAS, PUEDE APOYAR
EXTREMIDAD AFECTADA A TOLERACIATOMA DE
MEDICAMENTOS POR HORARIOSI PRESENTA
DIFICULTAD PARA RESPIRAR O FIEBRE
CONSULTAR POR URGENCIAS

1

INDICACIONES MEDICAS**TIPO**

Salida

DESCRIPCION**NIVEL TRIAGE****Profesional** DIAZ OTERO FABIO ALEXANDER**Registro Profesional** 91534023**Especialidad** ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA

LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566 1]

Firma





CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos como te sientes, sabemos como cuidarte

EVOLUCION

No Historia Clínica 1103113022 Fec. Registro 24/09/15 09:26 Folio 50
 Nombre del Paciente RUTH MARINA BUSTAMANTE PEREZ Ingreso 1055200
 Fec. Nacimiento 20/01/1994 Edad 21 AÑOS 8 MESES 3 DIAS Fecha de Ingreso 17/09/2015 14:58
 Estado Civil Soltero Sexo Femenino Nivel o Estrato NIVEL II 2015
 Dirección CRA 73 A 64F 89 Tipo Vinculación Particular
 Telefono 3014566818-6025567 Lugar Residencia BOGOTA Causa Externa Enfermedad_General
 Entidad CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR
 891080005 1

Responsable
 Tel Responsable
 Parentesco
 Dirección

Acompañante
 Tel

DIAGNOSTICO Y ANALISIS SUBJETIVO

EGRESO POR SERVICIO TRATANTE

ANALISIS OBJETIVO

SIGNOS VITALES

TA	/	FC	FR	PCEF	PESO ,00	TM
TEMP ,00	°C	GLASGOW	/ 15	PTORAX	SAT02	FIO02

PARACLINICOS, ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

DIETA

JUSTIFICACION DE LA HOSPITALIZACION

ANTECEDENTES

12/09/2015 Médicos NIEGA
 12/09/2015 Quirúrgicos CESAREA N° 1
 12/09/2015 Tóxicos NIEGA
 12/09/2015 Alérgicos NIEGA
 12/09/2015 Farmacológicos NIEGA
 12/09/2015 Ginecobstétricos G1P0C1

~ O P O A O C O V O E O M O

manifica? ☐

DIAGNOSTICOS

Código	Descripción Diagnostico	Observaciones	Impo
S723	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR		<input checked="" type="checkbox"/>

INDICACIONES MEDICAS

TIPO

Salida

DESCRIPCION

NIVEL TRIAGE

Profesional PRIETO ZAPATA GERMAN DAVID

Registro Profesional 1024467073

Especialidad MEDICINA GENERAL

Firma

LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S A] NIT [860090566 1]



CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos cómo te sientes sabemos cómo cuidarte

EVOLUCION ORTOPEDIA

No Historia Clínica 1103113022	Fec. Registro 01/10/15 08 42	Folio 51
Nombre del Paciente RUTH MARINA BUSTAMANTE PEREZ	Ingreso 1066929	
Fec. Nacimiento 20/01/1994	Edad 21 AÑOS 8 MESES 10 DIAS	Fecha de Ingreso 01/10/2015 07 04
Estado Civil Soltero	Sexo Femenino	Nivel/Estrato NIVEL II 2015
Dirección CRA 73 A 64F 89		Tipo Vinculación Particular
Telefono 3014566818-6025567	Lugar Residencia BOGOTA	Causa Externa Accidente_de_Transito
Entidad FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		Acudiente
Area de Servicio ORTOPEDIA CONS EXTERNA		Tel
Responsable	Acompañante	
Tel Responsable	Tel	
Parentesco		
Dirección		

DIAGNOSTICO Y PLAN DE MANEJO

pop del 21 de septiembre reduccion abierta mas osteosintesis de femura derecha cutamten aiste en silla de ruedas en el momento 10 dias de pop a decua evolucion rx muestran fracuta mantenida con material d osteosintesis clavo endomedular en adecuado estado bienne miembro superior inmovilizacion ferula tipo burck halter, pendietne control en 4 dias

refiere sentirse bien

plan reitor de vendajes muelso y gluteo derecho curacion hoy, reitor de puntos en una semana

terapia fisica arcos de movilidad terapaisedativa plancaseormedios fisicos entrenamiento en marcha con apoyo con soporte externo

prorroga de incapacidad 30 dias mas

ota en 6 semanas

DIETA

normal

JUSTIFICACION DE LA HOSPITALIZACION

manejo de fracuta de femur derecho

ANTECEDENTES

12/09/2015	Médicos	NIEGA
12/09/2015	Quirúrgicos	CESAREA N° 1
12/09/2015	Tóxicos	NIEGA
12/09/2015	Alérgicos	NIEGA
12/09/2015	Farmacológicos	NIEGA
12/09/2015	Ginecobstétricos	G1P0C1

G O P O A O C O V O E O M O

Planifica? ☐

DIAGNOSTICOS

Codigo	Descripción Diagnostico	Observaciones	Impo
S723	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR		<input checked="" type="checkbox"/>

INDICACIONES MEDICAS

TIPO

Salida_Consulta_Externa

DESCRIPCION

Profesional BERMUDEZ REY CARLOS ALBERTO

Registro Profesional 79566555

Especialidad ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA

LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S A.] NIT [860090566 1]

Firma



CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos cómo te sientes, sabemos cómo cuidarte

EVOLUCION ORTOPEDIA

No Historia Clínica	1103113022	Fec Registro	01/10/15 08 56	Folio	52
Nombre del Paciente	RUTH MARINA BUSTAMANTE PEREZ			Ingreso	1066929
Fec. Nacimiento	20/01/1994	Edad	21 AÑOS 8 MESES - 10 DIAS	Fecha de Ingreso	01/10/2015 07 04
Estado Civil	Soltero	Sexo	Femenino	Nivel/Estrato	NIVEL II 2015
Dirección	CRA 73 A 64F 89	Tipo Vinculación	Particular		
Telefono	3014566818-6025567	Lugar Residencia	BOGOTA	Causa Externa	Accidente_de_Transito
Entidad	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD			Acudiente	
Area de Servicio	ORTOPEDIA CONS EXTERNA			Tel	
Responsable				Acompañante	
Tel Responsable				Tel	
Parentesco					
Dirección					

DIAGNÓSTICO Y PLAN DE MANEJO

DIETA

no

JUSTIFICACION DE LA HOSPITALIZACION

no

ANTECEDENTES

12/09/2015	Médicos	NIEGA
12/09/2015	Quirúrgicos	CESAREA N° 1
12/09/2015	Tóxicos	NIEGA
12/09/2015	Alérgicos	NIEGA
12/09/2015	Farmacológicos	NIEGA
12/09/2015	Ginecobstétricos	G1P0C1

G O P O A O C O V O E O M O

Planifica? ☐

DIAGNÓSTICOS

Código	Descripción Diagnostico	Observaciones	Impo
S723	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR		<input checked="" type="checkbox"/>

FORMULA MEDICA

Código	Descripción	Posologia	Cant
		CURACION HOY , RETIRO DE PUNTOS EN UNA SEMANA TERAPIA FISICA No 10 , ARCOS DE MOVILIDAD , SEDATIVA , MEDIOS FISICOS , ENTRENAMIENTO PROPICOCEPTIVO, MARCHA CON APOYO CON SOPORTE EXTERNOPEDIR CITA CON EL DR BERMUDEZ CON AUTORIZACION PARA DENTRO DE 6 SEMANAS SOLICITAR LA CITA CON ANTICIPACION	1

INDICACIONES MEDICAS

TIPO

Salida_Consulta_Externa

DESCRIPCION

NIVEL TRIAGE

Profesional BERMUDEZ REY CARLOS ALBERTO

Registro Profesional 79566555

Especialidad ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA

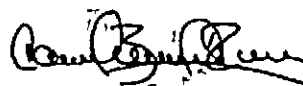
LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S A.] NIT [860090566-1]

Firma

NIVEL TRIAGE

Profesional BERMUDEZ REY CARLOS ALBERTO
Registro Profesional 79566555
Especialidad ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA
LICENCIADO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S A] NIT [860090566-1]

Firma





CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos cómo te sientes, sabemos cómo cuidarte

EVOLUCION ORTOPEDIA

No Historia Clínica	1103113022	Fec Registro	06/10/15 12:18	Folio	53
Nombre del Paciente	RUTH MARINA BUSTAMANTE PEREZ			Ingreso	1071007
Fec Nacimiento	20/01/1994	Edad	21 AÑOS 8 MESES 15 DIAS	Fecha de Ingreso	06/10/2015 11:54
Estado Civil	Soltero	Sexo	Femenino	Nivel/Estrato	NIVEL II 2015
Dirección	CRA 73 A 64F 89			Tipo Vinculación	Particular
Telefono	3014566818-6025567	Lugar Residencia	BOGOTA	Causa Externa	Accidente_de_Transito
Entidad	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD			Acudiente	
Area de Servicio	ORTOPEDIA CONS EXTERNA			Tel	
Responsable				Acompañante	
Tel Responsable				Tel	
Parentesco					
Dirección					

DIAGNOSTICO Y PLAN DE MANEJO

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE FRACTURA METAFISIARIA DISTAL DE RADIO IZQUIERDO INTRAARTICULAR CONMINUCION SEVERA DE COLUMNA PALMARIAL, COLAPSO COLUMNA DORSAL LESION PARCIAL DE LIGAMENTO RADIOESCAFOIDEO PALMAR FRACTURA OBLICUA LARGA CONMINUTA DE FALANGE PROXIMAL DE 4º DEDO MANO IZQUIERDA LESION PARCIAL LONGITUDINAL DEL EXTENSOR DEL 4º DEDO FRACTURA METAFISIS PROXIMAL FALANGE PROXIMAL DE 5º DEDO MANO IZQUIERDA 4 POP 3ª SEMANA DE RAFI DE RADIO MAS APOORTE DE INJERTOS OSEOS MAS LIGAMENTORRAFIA COMPLEJO RADIOESCAFOIDEO MAS RAFI FALANGE PROXIMAL 4º DEDO MANO IZQUIERDA MAS APOORTE DE INJERTOS OSEOS EN FALANGE MAS TENORRAFIA DE EXTENSOR DEL 4º DEDO MAS REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE FALANGE PROXIMAL 5º DEDO MANO IZQUIERDA ACTUALMENTE CON DOLOR OCASIONAL AL EXAMEN FISICO, FERULA EN ADECUADA POSICION, NO SIGNOS DE ZONAS DE PRESION EXAMEN NEUROVASCULAR DISTAL NORMAL PLAN CONTROL EN 2 SEMANAS CON Rx RETIRO DE PUNTOS, RETIRO DE FERULA, INICIO DE FST SE DAN RECOMENDACIONES, INDICACIONES y SIGNOS DE ALARMA

DIETA

JUSTIFICACION DE LA HOSPITALIZACION

ANTECEDENTES

12/09/2015	Medicos	NIEGA
12/09/2015	Quirurgicos	CESAREA N° 1
12/09/2015	Toxicos	NIEGA
12/09/2015	Alergicos	NIEGA
12/09/2015	Farmacológicos	NIEGA
2/09/2015	Ginecobstetricos	G1POC1

G O P O A O C O V O E O M O

Planifica? ☐

DIAGNOSTICOS

Codigo	Descripción Diagnostico	Observaciones	Impo
S525	FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO		<input checked="" type="checkbox"/>

FORMULA MEDICA

Codigo	Descripción	Posologia	Cant
		FAVOR DAR CITA EN 2 SEMANAS	1
		SS Rx MANO IZQUIERDAAP - LAT*** PARA TOMAR DE 2 SEMANAS ***	1

INDICACIONES MEDICAS

TIPO

Profesional	RESTREPO ESPINOSA WILSON ALBERTO
Registro Profesional	79780765
Especialidad	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA

Firma

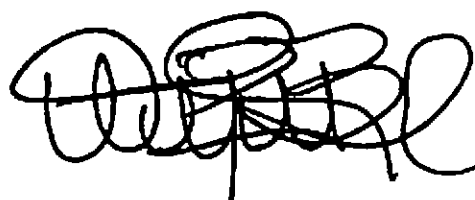
Salida_Consulta_Externa

DESCRIPCION

NIVEL TRIAGE

Profesional RESTREPO ESPINOSA WILSON ALBERTO
Registro Profesional 79780765
Especialidad ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA

Firma





CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos cómo te sientes, sabemos cómo cuidarte

EVOLUCION ORTOPEDIA

No Historia Clínica 1103113022	Fec. Registro 20/10/15 11:57	Folio 54
Nombre del Paciente RUTH MARINA BUSTAMANTE PEREZ	Ingreso 1082218	
Fec. Nacimiento 20/01/1994	Edad 21 AÑOS 8 MESES 29 DIAS	Fecha de Ingreso 20/10/2015 11:08
Estado Civil Soltero	Sexo Femenino	Nivel/Estrato NIVEL II 2015
Dirección CRA 73 A 64F 89		Tipo Vinculación Particular
Telefono 3014566818-6025567	Lugar Residencia BOGOTA	Causa Externa Accidente_de_Transito
Entidad PACIENTES PARTICULARES	Acudiente	
Area de Servicio ORTOPEDIA CONS. EXTERNA	Tel	
Responsable	Acompañante	
Tel Responsable	Tel	
Parentesco		
Dirección		

DIAGNOSTICO Y PLAN DE MANEJO

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE FRACTURA METAFISIARIA DISTAL DE RADIO IZQUIERDO - INTRAARTICULAR CONMINUCION SEVERA DE COLUMNA PALMORADIAL, COLAPSO COLUMNA DORSAL LESION PARCIAL DE LIGAMENTO RADIOESCAFOIDEO PALMAR FRACTURA OBLICUA LARGA CONMINUTA DE FALANGE PROXIMAL DE 4º DEDO MANO IZQUIERDA LESION PARCIAL LONGITUDINAL "L EXTENSOR DEL 4º DEDO FRACTURA METAFISIS PROXIMAL FALANGE PROXIMAL DE 5º DEDO MANO IZQUIERDA , POP 5º SEMANA DE RAFI DE RADIO MAS APOORTE DE INJERTOS OSEOS MAS LIGAMENTORRAFIA COMPLEJO RADIOESCAFOIDEO MAS RAFI FALANGE PROXIMAL 4º DEDO MANO IZQUIERDA MAS APOORTE DE INJERTOS OSEOS EN FALANGE MAS TENORRAFIA DE EXTENSOR DEL 4º DEDO MAS REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE FALANGE PROXIMAL 5º DEDO MANO IZQUIERDA ACTUALMENTE CON DOLOR OCASIONAL AL EXAMEN FISICO, FERULA EN ADECUADA POSICION, NO SIGNOS DE ZONAS DE PRESION EXAMEN NEUROVASCULAR DISTAL NORMAL. PLAN CONTROL EN 2 SEMANAS CON Rx RETIRO DE PUNTOS, RETIRO DE FERULA , INICIO DE FST SE DAN RECOMENDACIONES, INDICACIONES y SIGNOS DE ALARMA

DIETA

JUSTIFICACION DE LA HOSPITALIZACION

ANTECEDENTES

12/09/2015	Medicos	NIEGA
12/09/2015	Quirurgicos	CESAREA N° 1
12/09/2015	Toxicos	NIEGA
12/09/2015	Alergicos	NIEGA
12/09/2015	Farmacológicos	NIEGA
12/09/2015	Ginecobstétricos	G1POC1

G O P O A O C O V O E O M O

Planifica? ☐

DIAGNOSTICOS

Codigo	Descripción Diagnostico	Observaciones	Impo
S525	FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO		<input checked="" type="checkbox"/>
S623	FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPANOS		<input type="checkbox"/>

FORMULA MEDICA

Codigo	Descripción	Posologia	Cant
		FAVOR RETIRAR FERULA, PUNTOS y CLAVOS MSI-- - GRACIAS ---	1
		SS FISIOTERAPIA - 20 SESIONESPOP RAFI RADIO DISTAL 4º MTC, FALANGE PROXIMAL 4º y 5º	1

Profesional RESTREPO ESPINOSA WILSON ALBERTO
Registro Profesional 79780765
Especialidad ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA

Firma

DEDOS

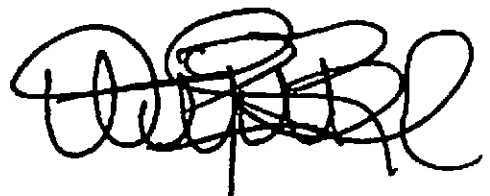
CONTROL POR CONSULTA EXTERNA ORTOPEDIA 1
EN 6 SEMANASSS Rx MUÑECA IZQUIERDAAP - LATSS Rx MANO 1
IZQUIERDAAP - LATSS Rx FEMUR DERECHOAP -
LAT**** PARA TOMAR EN 6 SEMANAS ******INDICACIONES MEDICAS****TIPO**

Salida_Consulta_Externa

DESCRIPCION**NIVEL TRIAGE**

Profesional RESTREPO ESPINOSA WILSON ALBERTO
Registro Profesional 79780765
Especialidad ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA

Firma



FORMULARIO UNICO DE RECLAMACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIO DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS

A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS FURIPS

FECHA DE RADICACION		NO RADICADO	
NO RADICADO ANTERIOR		RG	
(Respuesta a Glosa Marca X en RG <input type="checkbox"/>)		NO FACTURA /CUENTA DE COBRO FV000003603791	
I DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD			
Razon Social CLINICA DEL OCCIDENTE S A		Nit 860090566-1	
Codigo Habilitación 110010966601			
II DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO			
BUSTAMANTE		PEREZ	
Primer Apellido		Segundo Apellido	
RUTH		MARINA	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo Documento	Cédula_Ciudadanía	Numero	1103113022
Fecha de Nacimiento	20/01/1994	Sexo	Femenino
Direccion de Residencia	CRA 73 A 64F 89	Telefono	3014566818- 6025567
Departamento	BOGOTA	Codigo	11
Municipio	BOGOTA	Codigo	001
Condición del Accidentado		Ocupante	
III DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO			
Naturaleza del Evento	Accidente_Transito	En estado de Embraguez	NO
Otro	Cual		
Direccion De Ocurrencia	AV BOYACA CLLE 3 OCCIDENTE		
Fecha de Evento o Accidente	12/09/2015	Horas	05 30
Departamento	BOGOTA	Codigo	11
Municipio	BOGOTA	Codigo	001
		Zona	Ninguna
Descripción Breve del Evento Catastrofico o Accidente de Transito			
Enuncie las Principales Características del Evento o Accidente			
PACIENTE EN CALIDAD DE PASAJERO DE AUTOMOVIL QUE CHOCA CON OTRO VEHICULO SALIENDO LESIONADA			
IV DATOS DEL VEHICULO O DEL ACCIDENTE DE TRANSITO			
Estado de Aseguramiento	Si_Asegurado	Marca	CHEVROLET
Tipo de Servicio	Particular	Codigo Aseguradora	AT1306
No Poliza Soat	78550765	Vigencia Desde	17/07/2015
		Hasta	16/07/2016
Nombre de la Aseguradora		AXA COLPATRIA SEGUROS S A	
Intervencion de la Autoridad	NO	Cobro Excedente de Poliza	NO
V DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO			
GAMEZ		ROMERO	
Primer Apellido		Segundo Apellido	
JUAN		DAVID	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo Documento	Cedula_Ciudadanía	Numero	1018413963
Direccion de Residencia	CLLE 56 85I 06	Telefono	3185164263
Departamento	BOGOTA	Codigo	11
Municipio residencia	BOGOTA	Codigo	001
VI DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO			
GAMEZ		ROMERO	
Primer Apellido		Segundo Apellido	
JUAN		DAVID	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo Documento		Numero	1018413963
Direccion de Residencia	CLLE 56 85I 06	Telefono	3185164263
Departamento	BOGOTA	Codigo	11
Municipio	BOGOTA	Codigo	001

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIO DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS

A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS FURIPS

VII DATOS DE LA REMISION

TIPO REFERENCIA	0	
FECHA DE REMISION		A Las
PRESTADOR QUE REMITE		
CODIGO DE INSCRIPCION		
PROFESIONAL QUE REMITE		Cargo
FECHA DE ACEPTACION		A Las
PRESTADOR QUE RECIBE		
CODIGO DE INSCRIPCION		
PROFESIONAL QUE RECIBE		Cargo

VIII AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar unicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (Transporte Primario)

Datos del Vehiculo Placa No

Datos del Conductor que transporte la victima

Tipo Documento Cédula_Ciudadanía Numero

Transporto la Victima desde

Hasta

Tipo de Transporte 0 Lugar Donde Recoge la victima Zona Ninguna

IX DATOS DE LA ATENCION MEDICA DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de Ingreso	12/09/2015	A Las	18 12	Fecha de Egreso	12/09/2015	A Las	18 50
Codigo de Diagnostico Principal Ingreso	T009			Codigo de Diagnostico Principal Egreso	S723		
Otro Codigo de Diagnostico de Ingreso				Otro Codigo de Diagnostico de Egreso			
Otro Codigo de Diagnostico de Ingreso				Otro Codigo de Diagnostico de Egreso			

RUGE OTALORA

Primer Apellido del Medico O Profesional Tratante

GERARDO

Primer Nombre del Medico O Profesional Tratante

Segundo Nombre del Medico O Profesional Tratante

Tipo de Documento Cédula Ciudadanía Numero 79325779

Numero de Registro Medico 79325779

X AMPAROS QUE RECLAMA

	Valor Facturado	Valor Reclamado Fosyga
Gastos Médicos Quirúrgicos	17 182 667	

Gastos de Transporte y Movilizacion de la victima

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades procedimientos medicamentos insumos suministros y materiales dentro del anexo tecnico numero 2

XI DECLARACION ES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIO DE SALUD

COMO REPRESENTANTE LEGAL O GERENTE DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE TODA LA INFORMACION CONTENIDA EN ESTE FORMULARIO ES CIERTA Y PODRA SER VERIFICADA POR LA DIRECCION GENERAL DE FINANCIAMIENTO DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL POR EL ADMINISTRADOR FIDUCIARIO DEL FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA FOSYGA, POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA CON LA IPS Y LAS ASEGURADORAS DE NO SER ASI ACEPTO TODAS LAS CONSECUENCIAS LEGALES QUE PRODUZCA ESTA SITUACION

Clinica del Occidente
Natalia Valdés
Facturadora

Natalia Valdés

Nombre

Firma del Representante Legal Gerente o su Delegado



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL
NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES
DE COROZAL E.S.E.

Unión Social de Vida

NIT 890 480 113

INSCRIPCIÓN

N° de Historia

Bustamante Perez Roth

1er Apellido

2do Apellido (de Casada)

Nombres

Usuario Contributivo ☐ Subordinado ☐ Vinculado ☐ Ent ☐ Otro ☐

CC ☒

TI ☐

Afiliado a

Comfacor

No Afiliado ☐

Colizante ☐

Beneficiario ☐

Fecha de Inscripción			Fecha y lugar de Nacimiento				Edad	Sexo	Estado Civil		Clasificación
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Municipio	Departamento				
30	11	15	20	01	1994	Corozal	Sucumb	22	F	S C V U L Men	
Residencia Habitual										Profesión	
Municipio		U	R	Departamento		Dirección y Teléfono					
Corozal				Sucumb		B San Francisco				Aux Enfermero	
Nombre y Dirección Persona Responsable										Relación	
Roth Perez # 3205137037										Madre	
Nombre y Dirección a quien avisar en caso de urgencia								Nombre de los Padres			
Nombre y Dirección de la Cía o Patrono para quien trabaja											

HOSPITALIZACIÓN No

Admitido por				Médico que ordena hospitalizar				Servicio donde ingresa				Sala o pieza		Carra									
Consulta Externa <input type="radio"/> Urgencias <input type="radio"/> Nacido en Hospital <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/>																							
INGRESO				EGRESO				Días de Estada		Servicio de donde egresa		Pensionado											
Día	Mes	Año	Hora	Día	Mes	Año	Hora					SI	NO										
Médicos Tratantes				Médicos que ordena salida (llena estos datos)				Firma Médico que ordena la salida															
DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS (Todos y en orden de importancia incluso complicaciones)								Codigo Interno		Intervenciones Realizadas en sala de cirugía o parto				Codigo Interno									
Accidente de Trabajo <input type="radio"/>		Estado del Paciente al Egreso																					
		Mejor		Igual		Peor		MUERTO		Orden Médica		Traslado		Voluntario		Fuga		SI		NO		Número	
								48 Horas		48 Horas													
Enfermedad profesional <input type="radio"/>																							
Dirección Actual										En caso de urgencia avisar a (Nombre y Dirección)													

PARA PACIENTES MATERNAS ESPECIFIQUE

PARTO ATENDIDO POR				HUBO CESAREA		PESO NIÑO (S)		SEXO		VIVO	
Médico <input type="radio"/> Auxiliar <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Ayudante <input type="radio"/>				SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>							
FECHA DE PARTO											



E.S E CENTRO DE SALUD CARTAGENA DE INDIAS

Nit 823000878-5

Calle 13 No 22 30 Barrio Cartagena De Indias

Remisión

Paciente	BUSTAMANTE PEREZ RUTH MARINA			Documento de Identidad	CC 1103113022
Sexo	Femenino	Fecha Nacimiento	20/01/1993	Edad	22 Años
Dirección	COROZAL	Admisión	395206	Historia No	1103113022
NoFolio	237257	Empresa	COMFACOR		

NoRemision	22452	NoFolio	237257	Fecha Hora	28/11/2015 9 50 44
Prioridad	PRIORITARIA	Especialidad	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA		
Medico Destino	ortopedia				

Justificación

paciente co antecedentes de osteosintesis de fx de femur y mano izquierda
se da orden para valoración por ortopedia para control por cirugía

Medio Referencia

Nombre Conductor

Nombre Medico

Nombres Paramedicos

Datos de Identificación

Estado civil Soltero (a)

Motivo De La Consulta

Descripción CONTROL CON ORTOPEDIA

Enfermedad Actual

LIBRE
CC CONSISTENTE EN DIFICULTAD PARA CAMINAR Y MOVILIZACIÓN POR
ACCIDENTE DE TRÁNSITO CON POSOPERATORIO DE FRACTURA TRANSVERSA
EN DIAFISIS DE FEMUR DERECHO FX DE RADIO DISTAL IZQUIERDO FX DE
4TO Y 5TO DEDO MANO IZQUIERDO

Revisión Por Sistemas

Revisión Por Sistemas DOLOR

Antecedentes personales

Alérgicos	SIN DATOS DE IMPORTANCIA
Traumáticos	SIN DATOS DE IMPORTANCIA
Quirúrgicos	SIN DATOS DE IMPORTANCIA
Patológicos	RX DE FEMUR Y FX DE MANO
Hábitos	SIN DATOS DE IMPORTANCIA
Transfusionales	SIN DATOS DE IMPORTANCIA
Farmacológicos	SIN DATOS DE IMPORTANCIA
Alimentarios	SIN DATOS DE IMPORTANCIA
Toxicos	SIN DATOS DE IMPORTANCIA

Antecedentes familiares

LIBRE SIN DATOS DE IMPORTANCIA

Antecedentes Gineco obstetricos

Menarquia AÑOS
Ciclos



E.S.E CENTRO DE SALUD CARTAGENA DE INDIAS

Nit 823000878-5

Calle 13 No. 22-30 Barrio Cartagena De Indias

Remisión

Paciente	BUSTAMANTE PEREZ RUTH MARINA			Documento de Identidad	CC 1103113022
Sexo	Femenino	Fecha Nacimiento	20/01/1993	Edad	22 Años
				Historia No	1103113022
Dirección	COROZAL		Empresa	COMFACOR	
NoFolio	237257	Admisión	395206		

Vida Marital AÑOS

Vida Obstétrica AÑOS

Anticoncepción actual

Fecha Última Menstruación DD/MM/AAAA

Fecha Probable de Parto DD/MM/AAAA

Gestaciones

Partos

Abortos

Cesareas

Reporte Paraclínico y Ecográfico

Descripción

Examen Físico

TA 100/60 Mm/Hg

FC 89 Lat/Min

FR 20 Res/Min

Temp 37 °C

Peso 000 KG

IMC

Aspecto General CONSCIENTE ORIENTADO EN BUEN ESTADO GENERAL

Cabeza y Cuello NORMOCEFALO PINRAL, MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS

Corazón RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLO

Pulmón MURMULLO VESICULAR PRESENTE NO RUIDOS AGREGADOS

Mama Izquierda NO APLICA SIMÉTRICAS NO SECRECIONES NO MASAS

Mama Derecha NO APLICA SIMÉTRICAS NO SECRECIONES NO MASAS

Torax SIMÉTRICO SIN TIRAJE

Abdomen BLANDO DEPRESIBLE NO SIGNOS PERITONEALES

Genitourinario NORMOCONFIGURADO

Extremidades SIMÉTRICAS NO EDEMA PULSOS PRESENTES CONTRACTURA DE DEDO 4TO DE MANO IZQUIERDA

Sistema Nervioso Central SIN DEFICIT APARENTE FUERZA MUSCULAR CONSERVADA

Piel y Fanelas ASPECTO NORMAL, TURGENCIA NORMAL, SIN MACULAS

Diagnostico CIE10

DIAGNOSTICO PRINCIPAL CIE10 S723 FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR

DIAGNOSTICO 1 CIE10

DIAGNOSTICO 2 CIE10

DIAGNOSTICO 3 CIE10

DIAGNÓSTICO

LIBRE OSTOSINTESIS D E FEMUR
OSTEOSINTERIS D E MANO IZQUIERDA

Plan

Plan MANEJO MEDICO SS VALORACION OPR OPTOPEDIA PARA CONTROL POR CIRUGIA



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL
NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES
DE COROZAL E.S.E

Juntos, generando vida.

Hoja N°

Historia N° 1103113022

Bustamante Pérez Roth

1er Apellido

2º apellido (de casada)

Nombres

Usuario Contributivo ☐

Subsidiado ☐

Vinculado ☐

Particular ☐

Otro ☐

Entidad Promotora

Corfaco

HISTORIA CLÍNICA

FECHA Dia Mes Año

21

12

15

820m

Edad 20

Sexo Femenino

Estado Civil Soltera

Ocupacion

Residencia Corozal

Motivo de Consulta "Me duele la mano"

Enfermedad Actual

Paciente femenina que ingresa por cuadro clínico de aproximadamente consistente en dolor a la movilización en mano izquierda asociado a edema, entumecimiento en tercio distal de antebrazo izquierdo. Paciente refiere inicio de síntomas de radio Izq (16-Sept-2015)

Revisión por Sistema

Refiere dolor a la movilización de mano izquierda.

Antecedentes Personales

Part Niega

- Transfusional (+) 2 Unid GEE

Alergias Niega

Qx Osteointer de radio Izq (16-Sept-2015), Casaca #1

Farmacologías Niega

- Traumático Accidente de tránsito

Antecedentes Familiares

hacia 3 meses, (politraumatismo y múltiples Fracturas)

Examen Físico

TA 110/80

FC 84

FR 21

T 37°C

Pulso

CCC Normotafab, PINEAL, mucosa oral húmeda, uello nasal sin adenopatías.

Torax

Símetrico, expansible, Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, pulmones claros no agnecados

Abdomen. Blando, depresible, no doloroso, a la palpación
no masas ni megalias, peristalsis presente.

GII. Normoconfigurado, diuresis presente.

Ext. Asimétricas, con presencia de cicatriz de ± 5 cm en
carunkula antebrazo izquierdo, edema, dolor a la
movilización. Pulsos distales presentes.

Neurológico

Consciente alerta orientado. Glasgow 15/15

IDx (7) Rechazo de material de Osteosíntesis antebrazo
izquierdo.

Plan (1) Observación
(2) TEP
(3) Manejo médico
(4) OR y AC
Valoración por Ortopedia

Nombre del Médico

OL ENOS M
UNIVERSIDAD
FACULTAD DE
MEDICINA
HOSPITAL GENERAL
DE LA UNAH



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL
NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES
DE COROZAL E.S.E

Juntos, generando vida.

NIT 890 480 113

EPICRISIS

PARTE A

I DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

HISTORIA CLÍNICA No _____

FECHA Y HORA DE INGRESO 21/12/13 SERVICIO DE INGRESO Ortopedia
FECHA Y HORA DE EGRESO 21/12/13 12:00 m SERVICIO DE EGRESO ambulatorio
NOMBRES Ruth APELLIDO 1 Bustamante APELLIDO 2 Díaz
CEDULA O TARJETA DE IDENTIDAD No 1103 113 022 SEXO M F X EDAD 20 años
REGIMEN CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO X PARTICULAR VINCULADO OTROS
TIPO DE AFILIACIÓN AFILIADO BENEFICIARIO OTROS ADMINISTRADORA Comfucor

II DATOS DEL INGRESO

MOTIVO DE LA SOLICITUD "Me duele la mano"

ESTADO GENERAL AL INGRESO Regular estado, Alerta

ENFERMEDAD ACTUAL ptc femur que ingrese con fractura de radio y cubito en
dolor a la movilización de ambos miembros superiores, nivel de mano
y muñeca izquierda asociado a edema, entumecimiento distal de
antebrazo izquierdo. ptc repone antecedentes de osteosíntesis de radio 179
16-sept-2013

ANTECEDENTES pat (+) transfusiones (+) 2 Un. GRB. Alerg (-) Apo: Osteosíntesis de
radio 179 16 sept 2013, Cesamec #1 farmacé (+) Trauma: persistente
de fractura humero 3 meses (politraumatismo múltiples fracturas).

REVISIÓN POR SISTEMAS (Relacionada con el motivo que origino el servicio)
Dolor a la movilización de mano izquierda

HALLAZGOS DEL EXAMEN DEL EXAMEN FISICO TA 110/80 FC 100 PR 21 T 36
Normocéfalo, PNRAL, mucosa oral húmeda, cuello móvil sin adangamientos
torax simétrico, expansible, R2 Co R2 sin soplo, R2 sin agnecados,
Abd: blando depresible, no doloroso a palpación, no meix, no
mejillas, pupilas (+), sin signos de irritación peritoneal
OU: normocantropos, anisotropos (+) Ext Asimétricos, con
presencia de cicatriz de 1.5 cm a coma anterior de antebrazo
izquierdo, edema, dolor a la movilización, pulsos distales
presentes S/C: sin depist aparente.

DIAGNOSTICO DEL INGRESO (Incluy los presuntivos, confirmados y relacionados)
1) Redueto material de osteosíntesis antebrazo izquierdo

CONDUCTA (Incluye la solicitud de procedimientos diagnósticos y el plan de manejo terapéutico) SSN 0,9 / 1000cc 24h
Suprona 4gr W 4/6h, Ceftriaxona 2gr, Hemograma, TP - TPT,
Antepril, Paracetamol 50mg W 4/6h
Retiro material osteosintesis, Marbacaerol Dextroster bajo anestesia,
Antepril Oseo

III DE LA EVOLUCIÓN

CAMBIO EN EL ESTADO DEL PACIENTE (Se debe incluir complicaciones, accidentes u otros eventos adversos que hayan surgido durante la estancia en el servicio de urgencia o de Hospitalización)

Por que fueron procedimientos retiro de
material de osteosintesis + movilización Articular bajo anestesia +
Antepril Oseo, sin complicaciones, Presente hemodinamicamente
estable, tolerando aire ambiente, en sala de recuperación
por lo que se decide dar salida con analgesia y manejo
medico y recomendaciones

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS (Que justifiquen los cambios en el manejo o el diagnostico)

Retiro material osteosintesis

IV DEL EGRESO

DIAGNÓSTICO DE EGRESO PRESUNTIVOS PRINCIPALES Y RELACIONADOS

1) Medico material de osteosintesis

V DEL MEDICO QUE ELABORO LA EPICRISIS

NOMBRES Y APELLIDOS LEGIBLES

FIRMA

Alvaro
10/01/2020
RM 5070



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL
NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES
DE COROZAL E.S.

Juntos, generando vida.

EVOLUCIÓN

REGISTROS MÉDICOS
SIS 409

ENTIDAD BAJO VIGILANCIA DE LA
SUPERINTENDENCIA NACIONAL
DE SALUD

CC: 5103113022

A IDENTIFICACION

No HISTORIA

1er APELLIDO			2do APELLIDO (O DE CASADA)			NOMBRES								
EDAD			SEXO			HISTORIA CLINICA								
Anos Meses Dias			F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								
SERVICIO			SALA O CUARTO			Nº DE CAMA								

B ORDENAMIENTO

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1 Información dada por el Paciente | 5 Diagnosticos Presuntivo | 9 Cambio en el manejo del paciente |
| 2 Signos Vitales | 6 Diagnóstico Definido | 10 Observaciones |
| 3 Hallazgos mas importantes | 7 Tratamiento | 11 Firma y sello de la persona que presta la atención |
| 4 Complicaciones | 8 Resultados del Tratamiento | |

FECHA			DETALLE
DIA	MES	AÑO	
20	11	15	<p>ORIGINAL DEFECTUOSO</p> <p>CENTRO DE GESTION DOCUMENTAL</p> <p>paciente con ex de solo distal 1250 de \pm 2 metros de evolución con ex solo de evolución Tambien Intervenir a 70gr ya en consolidación se están neto entre osteointer de solo a 100gr m.</p>
15	01	16	<p>paciente con ex solo distal 1250 con ex de 1250 metros Osteointer de evolución interacción metas de 1250 con 1250 solo de 1250 y 1250 de 1250 pueden 1250 de 1250 1250 de 1250 de 1250 m</p>

Ortopedia y Traumatología
RM 207087

30/1/16



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL
NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES
DE COROZAL E.S.E

Juntos, generando vida.

EVOLUCIÓN

REGISTROS MEDICOS
CIS 109

ENTIDAD BAJO VIGILANCIA DE LA
SUPERINTENDENCIA NACIONAL
DE SALUD

A IDENTIFICACION

No HISTORIA

Bustamente			Pérez			Ruth			HISTORIA CLINICA		
1er APELLIDO			2do APELLIDO (O DE CASADA)			NOMBRES			1103 113 022		
EDAD			SEXO			SERVICIO			SALA O CUARTO		
20			F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Urg			Nº DE CAMA		
Años Meses Dias											

B ORDENAMIENTO

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1 Informacion dada por el Paciente | 5 Diagnosticos Presuntivo | 9 Cambio en el manejo del paciente |
| 2 Signos Vitales | 6 Diagnostico Definito | 10 Observaciones |
| 3 Hallazgos mas importantes | 7 Tratamiento | 11 Firma y sello de la persona que presta la atencion |
| 4 Complicaciones | 8 Resultados del Tratamiento | |

FECHA			DETALLE
DIA	MES	AÑO	
21	12	15	<p>Paciente femenina de 20 años que ingresa por cuadro \pm 4 días de evolución consistente en dolor a la manipulación en mano izquierda asociado a entumecimiento en tercio distal de antebrazo izquierdo antecedente de estiramiento de brazo (16-09-15) por lo cual consulta. Se deja en observación, con LEU manejo médico. Pendiente valoración por Ortopedia.</p> <p><i>[Sello: CENTRO DE GESTION DOCUMENTAL]</i></p> <p><i>[Firma: Dr. J. J. J. J.]</i></p> <p><i>[Firma: Ortopedia]</i></p>
15	01	16	<p>Paciente MASC. 20 años con Dolor + limitación funcional en muñeca izquierda + debilidad en br. izquierdo en el cubito izquierdo.</p> <p>PIV ① Ed. Abrazo + Ad. de br. + 7 ejercicios ext + simetrización + calistenia</p> <p><i>[Firma: Ortopedia]</i></p>



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL
NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES
DE COROZAL E.S.E

Juntos, generando vida.

Hoja No _____

Historia No 1103-113022

Bustamante Pérez Ruth

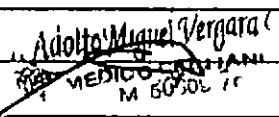
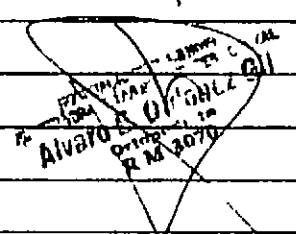
1er APELLIDO 2do APELLIDO (DE CASADA) NOMBRES

Urg
Servicio

Sala

Cama No

ORDENES MEDICAS

FECHA	HORA	ORDENES MEDICAS	Firma de la Enfermera que Cumplió la Orden
21-12-15		(1) Observación	
		(2) SSN 0.9% para 1000 cc para ruf IV	
		(3) N.V.O	
		(4) Dipirona 2 gr IV c/	
		(5) Ceftriaxona 2 gr IV	
		(6) s/s Hemograma, TP, ORIGINAL DEPT. URG CENTRO DE GESTION DOCUMENTAL	
		(7) Valoración por Ortopedia	
		(8) Paracetamol 500 mg IV c/8h	
		(9) CV y AC	
		 Adolfo Miguel Vergara MEDICO M 60506 15	
21/12/15	11:45 am	1) Se lepa tras neuropreción Derección.	
		 Alvaro R. Ojeda PRIMER AYO R.M. 20770	