

## CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL

VERSIÓN	5
VIGENCIA	Febrero 2019
CÓDIGO	F-CS-009 MD
PÁGINA	1 DE 2

SUCURSAL: Florencia FECHA: 03/08/2021 8:11:26 a. m.

NOMBRE USUARIO: RAUL MIRANDA SANCHEZ  
EDAD: 46 Años 10 Meses 26 Dias HISTORIA CLÍNICA No: 17674587  
UNIDAD FUNCIONAL: QUIROFANO FLORENCIA  
DIAGNOSTICO: COLOSTOMIA

### 1. ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE:

COMORBILIDADES ASOCIADAS AL ESTADO DE SALUD:

La información que le vamos a suministrar a continuación está relacionada con su estado de salud y los posibles procedimientos diagnósticos o terapéuticos que puede recibir.

### 2. INFORMACION SOBRE PROCEDIMIENTO:

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR: CIERRE DE COLOSTOMIA

OBJETIVO Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ( en qué consiste y cómo se realiza): TERAPEUTICO



### 3. OTRAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO:

CUALES: NINGUNA

### 4. RIESGOS – BENEFICIOS PROPIOS DEL PACIENTE CON Y SIN EL PROCEDIMIENTO (Explique al paciente los riesgos-beneficios específicos de acuerdo con su estado de salud y con las condiciones propias, antecedentes, comorbilidades, etc.)

INFECCION SANGRADO REINTERVENCION RECIDIVA LEISON INTETSINAL LEISON VASCULAR LESION ESTETICA LESON NEURAL FISTULAS OSTOMIAS ABDOMEN ABIERTO MUERTE

### 5. RIESGOS – BENEFICIOS ANESTESICOS (Explique al paciente los riesgos-beneficios específicos de acuerdo con su estado de salud y con las condiciones propias, antecedentes, comorbilidades, etc.)

Arritmia cardiaca, hipotensión, shock anafiláctico, dolor neurótico, cefalea, Alternaciones Neurológicas, muerte súbita y demás complicaciones descritas en la literatura médica.

### 6. PRONOSTICO (Explique al paciente el pronóstico con y sin el procedimiento diagnóstico o terapéutico)

BUENO

### 7. OBTENCIÓN DE LA VOLUNTAD DEL PACIENTE:

Declaro que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente mi estado de salud y los posibles procedimientos diagnósticos o terapéuticos para mi atención. También manifiesto que me han sido aclaradas todas mis dudas y me han explicado los posibles riesgos y complicaciones del procedimiento a realizar. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocación de este consentimiento.

☒ SI

**Expreso mi decisión libre y voluntaria:** para que me efectúen el procedimiento descrito anteriormente y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.

☐ NO

Aun habiendo comprendido, **manifiesto abiertamente mi deseo voluntario de desistir de este procedimiento.**

Dejo constancia de que he sido informado, que la Clínica Medilaser es un centro de práctica docente, por lo cual en mi proceso de atención puede llegar a participar personal en formación, **bajo la estricta supervisión y vigilancia de mi médico tratante, que actúa Como docente.** Ante lo cual manifiesto que SI ☒ NO ☐ ACEPTO, mi atención en estos términos.

Acepto que la **información** correspondiente a mi historia clínica, sea utilizada en **estudios de investigación.** Los datos que sean obtenidos en el estudio, pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, guardando total reserva de mi identidad, SI ☒ NO ☐ ACEPTO.

**Nota:** En caso que la paciente presente incapacidad física, mental o sea menor de edad, que le impida tomar la decisión sobre el procedimiento a seguir, esta decisión será tomada por el familiar responsable del paciente en primer grado de consanguinidad o primer grado de afinidad.

*[Firma manuscrita]*



HUELLA

Firma del Paciente o Responsable

Nombre: *Raúl*

No. De identidad:

*17-674587*



HUELLA

*[Firma manuscrita]*

Firma del testigo

Nombre: *Uno M. Gonzalez*

C.C: *107531464*

*[Firma manuscrita]*

Firma del Médico

Nombre: JULIO ALEJANDRO BARRETO OROZCO

Registro No: 80040212

SUCURSAL: Florencia FECHA: 03/08/2021 1:27:48 p. m.

Nombre Usuario: RAUL MIRANDA SANCHEZ

Edad: 46 Años 10 Meses 26 Dias

Historia Clínica No: 17674587

Unidad Funcional: HOSPITALIZACION GENERAL

Diagnostico: COLOSTOMIA

**INFORMACION**

Yo RAUL MIRANDA SANCHEZ, mayor de edad, identificado como aparecé al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de Representante/acudiente del paciente RAUL MIRANDA SANCHEZ, por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales manifiesto que el o la profesional MARIA FERNANDA VASQUEZ CARDOZO me ha explicado que en virtud de la conclusión del análisis de antecedentes, de los datos de la historia clínica, del examen clínico y pruebas diagnósticas practicadas debo (debe) ser internado (Hospitalización - Unidad de Cuidados Intensivos). Me ha manifestado que tal determinación está fundamentada en un diagnóstico inicial de COLOSTOMIA. Entiendo que de la información adecuada y veraz que proporcione dependerá la exactitud del diagnóstico y del seguimiento de sus orientaciones el éxito del tratamiento. También comprendo que durante la hospitalización pueden ser requeridos diversos exámenes y procedimientos los cuales acepto en la medida en que sean necesarios para la recuperación. Además me han explicado que la internación en las instituciones de salud conlleva algún tipo de riesgo de adquirir infecciones asociadas a la atención en salud o de presentarse eventos adversos o complicaciones. Me ha explicado también que de rehusarme a realizar los exámenes diagnósticos, los procedimientos y tratamientos ordenados, estoy asumiendo la responsabilidad por sus consecuencias, sin embargo ello no significa que pierda los derechos para una atención posterior.

Entiendo que el tratamiento no garantiza la resolución de la enfermedad y que la responsabilidad institucional y del equipo de salud consiste en desplegar todo el conocimiento, pericia y medios técnicos a fin de alcanzar el mejor resultado posible. Además se me ha informado, que la Clínica Medilaser S.A. Es un centro de práctica docente, por lo cual en mi proceso de atención puede llegar a participar personal en formación, **bajo la estricta supervisión y vigilancia de mi médico tratante, que actúa Como docente.** Igualmente en el evento que la Clínica Medilaser S.A. realice investigaciones científicas "sin riesgo" donde se requiera la revisión de los registros clínicos, autorizo que mi historia clínica pueda ser tomada para estudio si el comité de Bioética clínica y de la Investigación de la Clínica Medilaser S.A. aprueba la investigación propuesta. En tal caso la Clínica Medilaser S.A. como el investigador garantizan la confidencialidad del contenido de la historia clínica y el secreto de la identidad del paciente.

Doy constancia de que me han explicado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible para mí, los aspectos relacionados con la condición actual, estudio y tratamiento de la enfermedad, y se me ha permitido hacer todas las preguntas necesarias, las cuales han sido resueltas satisfactoriamente. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocación de este consentimiento. Entiendo que aunque los resultados no pueden garantizarse, la Clínica Medilaser S.A. y los profesionales usarán todos los medios necesarios para obtener el mejor de los resultados.

**OBSERVACIONES ADICIONALES (diligenciado por el personal de la Clínica)**

COLOSTOMIA

**AUTORIZACION**

Como resultado de la información recibida. Acepto ☒ No acepto ☐ La hospitalización en la Clínica Medilaser S.A. y las condiciones y objetivos propuestos para el estudio y tratamiento así como los riesgos que conlleva la hospitalización.

Dejo constancia de que he sido informado, que la Clínica Medilaser es un centro de práctica docente, por lo cual en mi proceso de atención puede llegar a participar personal en formación, **bajo la estricta supervisión y vigilancia de mi médico tratante, que actúa Como docente.** Ante lo cual manifiesto que SI ☐ NO ☐ ACEPTO, mi atención en estos términos.

Acepto que la información correspondiente a mi historia clínica, sea utilizada en **estudios de investigación.** Los datos que sean obtenidos en el estudio, pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, guardando total reserva de mi identidad, SI ☐ NO ☐ ACEPTO.

*[Firma del Paciente]*

Firma del Paciente o Responsable

Nombre: Raul

No. De identidad: 17 6741587



HUELLA

*[Firma de Maria Vasquez]*

Firma del Médico o profesional

Nombre: MARIA FERNANDA VASQUEZ CARDOZO

Registro No: 1075316755

*[Firma del testigo]*

Firma del testigo

Nombre: Daisy Escobar

C.C: 26649909



HUELLA

SUCURSAL: Florencia FECHA: 02/08/2021 6:16:44 p. m.

Nombre Usuario: RAUL MIRANDA SANCHEZ

Edad: 46 Años 10 Meses 25 Días Historia Clínica No: 17674587

Unidad Funcional: QUIROFANO FLORENCIA

Diagnóstico:

## 1. PROCEDIMIENTO A REALIZAR:

ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA+CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO GRUESO POR LAPAROTOMIA+LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA ABIERTA+NUEVO CIERRE DE DISRUPCION POSOPERATORIA DE PARED ABDOMINAL(EVISCERACION)

## COMORBILIDADES ASOCIADAS AL ESTADO DE SALUD:

La información que le vamos a suministrar a continuación está relacionada con su estado de salud y los posibles procedimientos diagnósticos o terapéuticos que puede recibir.

## 2. TIPO DE ANESTESIA:

Local ☐ General ☐ Raquídea ☐ Epidural ☐ Sedación ☐ Bloqueo ☐ Epidural/Caudal ☐

## 3. RIESGOS PROPIOS PARA EL PACIENTE CON EL USO DE LA ANESTESIA (Explique al paciente los riesgos específicos de acuerdo con su estado de salud y con las condiciones propias, antecedentes, comorbilidades, entre otros):

Reacciones adversas a los medicamentos anestésicos (Anafilaxia, Nauseas, Vómito, Mareo, Otros); dificultades y/o complicaciones relacionadas con el manejo de la vía aérea (intubación difícil, broncoaspiración, broncoespasmo, laringoespasmo, otros); descompensación de enfermedades concomitantes y/o de la patología quirúrgica durante la inducción anestésica, transquirúrgico o posquirúrgico, que conlleve a falla de órganos o de sistemas. Cefalea pos punción dural, infección en el área de punción, lesión de nervios y otras estructuras cercanas al área del bloqueo, relacionados con anestesia regional. Arritmias, paro o muerte y demás complicaciones descritas en la literatura médica.

## 4. OBSERVACIONES (Registre si existe un cambio o variación del estado de salud del paciente desde el diligenciamiento del consentimiento hasta el momento de ingresar a salas u otra novedad que sea necesario describir):

## 5. OBTENCION DE LA VOLUNTAD DEL PACIENTE:

Doy constancia de que me han explicado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible para mí, los aspectos relacionados con la condición actual y se me ha permitido hacer todas las preguntas necesarias, las cuales han sido resueltas satisfactoriamente. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocación de este consentimiento. Entiendo que aunque los resultados no pueden garantizarse, la Clínica Medilaser S.A. y los profesionales usarán todos los medios necesarios para obtener el mejor de los resultados.

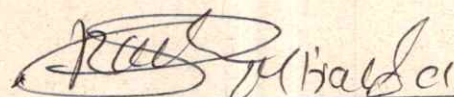
X SI ☒ Expreso mi decisión libre y voluntaria: para el uso de la anestesia descrita anteriormente y los procedimientos complementarios, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.

☐ NO ☐ Aun habiendo comprendido, manifiesto abiertamente mi deseo voluntario de desistir de este procedimiento.

Dejo constancia de que he sido informado, que la Clínica Medilaser es un centro de práctica docente, por lo cual en mi proceso de atención puede llegar a participar personal en formación, **bajo la estricta supervisión y vigilancia de mi médico tratante, que actúa Como docente.** Ante lo cual manifiesto que SI ☒ NO ☐ ACEPTO, mi atención en estos términos.

Acepto que la **información** correspondiente a mi historia clínica, sea utilizada en **estudios de investigación.** Los datos que sean obtenidos en el estudio, pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, guardando total reserva de mi identidad, SI ☒ NO ☐ ACEPTO

**NOTA:** En caso de que el paciente presente incapacidad física, mental o menor de edad, que le impida tomar la decisión sobre el procedimiento a seguir, esta decisión será tomada por el familiar responsable del paciente en primer grado de consanguinidad o primer grado de afinidad.

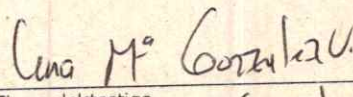


Firma del Paciente o Responsable

Nombre: Raul  
No. De identidad: 17.674587



HUELLA



Firma del testigo

Nombre: Ana M. Gonzalez  
C.C: 1025314984



HUELLA



Firma del Anestesiólogo

Nombre: JIMMY ALEXANDER PACHECO MERCHAN  
Registro No: 6804893

# CLINICA MEDILASER S.A.S

NIT: 813001952-0

## MONITORIA DE ANESTESIA

Página 1/7-

Ingreso: 4244895

Ubicación: CLINICA MEDILASER SAS FLORENCIA

### IDENTIFICACIÓN

Apellidos: MIRANDA SANCHEZ

Nombres: RAUL

Tipo Documento: CC Numero: 17674587

Dirección: CALLE 8 # 7A BIS - 25 | EL CAMPIN

Edad: 46 Años 10 Meses 25 Dias (07/09/1974)

Sexo: MASCULINO

Teléfono:

Tipo Afiliado: COTIZANTE

Entidad Responsable: NUEVA E.P.S. NUEVA EMPRESA  
PROMOTORA DE SALUD S.A.

Tipo Paciente: CONTRIBUTIVO  
Seguridad Social: NUEVA E.P.S. NUEVA EMPRESA  
PROMOTORA DE SALUD S.A.

### INFORMACION MONITORIA

Fecha: martes, 03 de agosto de 2021

Dx Preoperatorio: COLOSTOMIA

Hora I Anestesia: 09:50 a. m.

Hora I Cirugia: 10:00 a. m.

Num Aguja: 26

Observaciones:

Cantidad:

15MG

Hora F Anestesia: 11:40 a. m.

Hora F Cirugia: 11:40 a. m.

Dx PosOperatorio: COLOSTOMIA

Dur Anestesia: 1 H 50 m

Dur Cirugia: 1 H 40 m

Sitio Punc:

PARAMEDIAL

Concentracion:

0.5%

Agente:

BUPIROP  
PESADO

Tec Anestesia:

RAQUIDEA

Nivel:

L3-L4

Dosis Unica:

S

Procedimientos (CX):

Codigo

CA00592

Nombre Procedimiento

CIERRE DE COLOSTOMIA

PACIENTE EN SALA DE OPERACIONES, MONITORIZO SIGNOS VITALES, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, REALIZO PUNCION LUMBAR ATRAUMATICA, LCR CLARO Y NORMOTENSO, APLICO SOLUCION ANESTESICA, COMPRUEBO NIVEL ALCANZADO.

TO: NO ACCIDENTES IO

NIT: 813001952-0

## Ingreso: 4244895

**Ubicación:** CLINICA MEDILASER SAS FLORENCIA

Página 2/7

Hora	09:50	09:55	10:00	10:05	10:10	10:15	10:20	10:25	10:30	10:35	10:40	10:45	10:50	10:55	11:00	11:05
<b>MEDICAMENTOS VASOACTIVOS</b>																
ATROPINA mg	0.5MG															
ETILEFRINA mg																
<b>MEDICAMENTOS QUE REVIERTEN</b>																
METOCLOPRAMIDA mg	10															
DEXAMETASONA mg	8															
<b>VENTILACION</b>																
ESPONTÁNEA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>PROTECCION</b>																
ZONAS DE PRESIÓN	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>LÍQUIDOS CRISTALOIDES</b>																
SOLUCION SALINA NORMAL EN CC (Centí)	500															
<b>MEDICAMENTOS HIPNOTICOS</b>																
MIDAZOLAM mg(miligramos)	5														500	
<b>MEDICAMENTOS ANALGESICOS</b>																
DIPIRONA	2GR															
DICLOFENALCO	75MG															
MEPERIDINA																

GRAFICA SIGNOS VITALES

## GRAFICA SIGNOS VITALES

## TENSIÓN ARTERIAL

**Medilas**  
Somos parte de ti  
DOCUMENTO  
DO ANEADO

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA**

VERSIÓN	2
VIGENCIA	Abr-14
CÓDIGO	F-M 022 MD
PAGINA	1 de 1

SUCURSAL: Florencia.

FECHA DEL PROCEDIMIENTO: 03/08/21

NOMBRE DEL PACIENTE: Raul Miranda Sanchez IDENTIFICACIÓN: H: 674.587.

CIRUJANO: Dr. Julio Alejandro Barreto ANESTESIÓLOGO: DR. Barón

AYUDANTE: Eliana INSTRUMENTADOR: Jan diego

Anastomosis de Intestino Grueso  
Vía abierta + cierre de estómago de  
Intestino Grueso + lisis de adherencias  
Peritoneales más vía abierta más  
Post operatoria de pared.

**ENTRADA**

Antes de la inducción de la anestesia

El Paciente ha confirmado:

- ☒ Su identidad
- ☒ El procedimiento
- ☒ El sitio quirúrgico
- ☒ Su consentimiento

Se cuenta con las imágenes diagnósticas

- ☒ Si
- ☐ No aplica

El Sitio quirúrgico se ha marcado

- ☒ Si
- ☐ No

Verificar maquina y equipo de anestesia, además medicación

- ☒ Maquina y equipo de anestesia revisada y funcionando
- ☒ Pulsoxímetro instalado y funcionando
- ☒ Medicamentos disponibles

¿Tiene el paciente alergias conocidas?

- ☒ No
- ☐ Si

¿Tiene dificultad de la vía aérea y/o riesgo de aspiración?

- ☒ No
- ☐ Si. Hay equipos y ayuda disponible

¿Tiene riesgo de hemorragia >500 ml (7ml/kg - niños)?

- ☐ No
- ☒ Si. Acceso venoso adecuado, disponibilidad de hemoderivados y líquidos

¿El instrumentador verifica que se cuenta con el instrumental completo, material de osteosíntesis y equipos especiales?

- ☒ Si
- ☐ No

**PAUSA QUIRÚRGICA**

Antes de la incisión cutánea

- ☒ Todos los miembros del equipo se presentan por su nombre y cargo.

Cirujano, anestesiólogo e instrumentador confirman verbalmente:

- ☒ Nombre del paciente
- ☒ El procedimiento
- ☒ El sitio quirúrgico

Prevención de eventos críticos  
El cirujano revisa:

- ☐ Duración de la intervención
- ☐ Riesgos y pérdida sanguínea prevista

El anestesiólogo revisa:

- ☒ El paciente tiene algún problema específico
- ☐ Destino post operatorio

El instrumentador revisa:

- ☒ Indicadores de esterilización, instrumental y equipos

Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?

- ☒ Si Ceftriaxona 2g
- ☐ No aplica

Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas?

- ☐ Si
- ☒ No aplica

**SALIDA**

Antes de que el paciente salga del quirófano

Se confirma verbalmente con el grupo quirúrgico:

- ☒ El nombre del procedimiento realizado
- ☒ Que el conteo de las compresas, gases, agujas e instrumental son correctos
- ☐ Marcación correcta de las muestras y tejidos (patología)
- ☐ Si existe algún problema que resolver en relación con el instrumental y equipos

Cirujano, anestesiólogo y enfermero

- ☐ Resisan preocupaciones claves en la recuperación del paciente
- ☐ Destino del paciente
  - ~~Recuperación sala~~
  - Recuperación - domicilio
  - UCI
- ☒ El anestesiólogo hace entrega del paciente en sala de recuperación u otra con pulsoxímetro instalado y funcionando

Clinica **Medilaser**  
Somos parte de ti.  
**DOCUMENTO  
SCANEADO**

**FIRMAS DEL EQUIPO QUIRÚRGICO**

Nombre: [Firma]  
Cargo: [Firma]  
Nombre: [Firma]  
Cargo: [Firma]

Nombre: Jan diego  
Cargo: Instrumentador  
Nombre: Adriana m.c.l.  
Cargo: ACX enf.

SUCURSAL: Fleco

FECHA: 3/08/2021

No. H. CL. 17-674-587

SALA	<u>3</u>
PROCEDIMIENTO	<u>Anastomosis de Intestino Grueso</u>
NOMBRE DEL INSTRUMENTADOR	<u>Juan B. Restrepo</u>
NOMBRE DEL CIRUJANO	<u>Dr Barreto</u>
NOMBRE DEL PACIENTE	<u>Raul Meranda Sanchez.</u>

Paquete de ropa sin compresas  
c. 4 FE 31/07/21

Eq. laparotomia #1 F002860 + cau  
LI FE 31-7-21  
CA FU 15-8-21  
Andrea Estada

Elementos	Conteo Inicial	Conteo Adicional	Conteo Final	Completo SI/NO
Compresas	15	5	20	✓
Gasas	9	-	9	
Torundas				
Mechas Nasales				
Mechas Vaginales				
Cotonoides	1	-	1	✓
Hojas de Bisturí	1	-	1	✓
Puntas de Electrobisturí				
Agujas Hipodérmicas	7	-	7	✓
Agujas de Sutura				
Catéteres Intravenosos				
Protectores de Pinza				
Bulldog Desechables				
Cánula de safena				
Instrumental	OK	-	OK	✓

## Retiro de Material de Osteosíntesis

COMPLETO	SI	NO
Paciente	SI	NO
Empaquetado		
N. Compresas		

Sólo en cambio de turno o relevo

INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Firma final del acta quirúrgico

INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

## OBSERVACIONES

OK  
Recuento completo  
Se entrega patología rotulada \* Boca de Colostomía \*

# INFORME DE CONSUMO QUIRURGICO

VERSION	4
VIGENCIA	Enero-2016
CODIGO	F-M-049 MD
PAGINAS	1 DE 1

Sucursal: Florencia DIA: 03 MES: 02 AÑO: 21 No. Historia Clínica: 17619.381  
 Nombres: Baron Apellidos: Miranda Sanchez No. Ingreso: 174895 Edad: 46  
 Cama: 113 Sala: 113 CxAmb. 113 CxUrg. 113 Entidad: 113  
 Tipo Anestesia: ☐ Sin ☐ Local ☐ General ☒ Otros: Cual: Equidura  
 Hora Inicio QX: 09:50/10:00 Hora Salida QX: 11:00 Total Horas: 1  
 Anestesiologo: Dr. Baron 12528  
 1er. Ayudante: Clara 2do. Ayudante:                       
 Circulante 1: Elvira yate Circulante 2:                       
 Instrumentador: Juan Diego

	CÓD. / REF.	UVR/GQ	PROCEDIMIENTO	VIA ACCESO	CIRUJANO
CIRUGIA 1			<u>Intestinos de intestino grueso</u>		
CIRUGIA 2			<u>De intestino grueso y estomago</u>		
CIRUGIA 3			<u>De intestino grueso y</u>		
CIRUGIA 4			<u>de adrena. peritoneo</u>		

## RELACION DETALLADA DEL CONSUMO QUIRURGICO

### MATERIALES - ELEMENTOS - INSUMOS

PRODUCTO	REF/COD.	CANT.	PRODUCTO	REF/COD.	CANT.	PRODUCTO	REF/COD.	CANT.
AGUJA HIPODERM DES. No.			EQUIPO DE IRRIGACIÓN EN Y			SONDA FOLEY DE DOS VIAS No.		
AGUJA HIPODERM DES. No. 18			EQUIPO DE TRANSFUSION EN Y			SONDA FOLEY TRES VIAS No.		
AGUJA HIPODERM DES. No. 21			EXTENSION ARTERIAL 12"			SONDA LEVIN No.		
AGUJA HIPODERM DES. No. 23			EXSTENSION ARTERIAL 48"					
AGUJA EPINOCAN # 20 <input type="checkbox"/> 26 <input checked="" type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/>		1	EXTENSION DE ANESTESIA			SONDA NASOGASTRICA No.		
APOSITO TEGADERM 10 x 10 <input type="checkbox"/> 5 x 5 <input type="checkbox"/>			FIXOMULL (CM)			SONDA NELATON No.		
APOSITO TEGADERM 6 x 7			GASAS PRECORTADAS ESTERIL 3X3		2			
APOSITO TEGADERM 10 x 12			GUANTES EST. DESECH No. 6.5		3	SANDA TUNGSTENO No.		
APOSITO TEGADERM 9 x 25			GUANTES EST. DESECH No. 7.0		3	TRANSDUCTOR SENCILLO		
APOSITO TEGADERM 9 x 35			GUANTES EST. DESECH No. 7.5		3	TRANSDUCTOR BAXTER TRIPLE		
APOSITO OFTALMICO			GUANTES EST. DESECH No. 8.0		3	TUBO ENDOTRAQUEAL C/B No.		
BOLSA DE COLOSTOMIA			GUÍA ENTUBACION MALEABLE					
BOLSA DRENAJE CISTOFLOW			HOJA DE BISTURI 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>			TUBO ENDOTRAQUEAL S/B No.		
BURETROL			HOJA DE BISTURI 12 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/>					
CANULA DE OXIGENO PEDIATRICA			HOJA DE BISTURI 20 <input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/>			TUBO TORAX No.		
CANULA DE OXIGENO ADULTO		1	INTRODUCTOR 8.5 FR			TUBO TRANSPAC SPECIMEN		

# INFORME DE CONSUMO QUIRURGICO

VERSION	4
VIGENCIA	Enero-2016
CODIGO	F-M-049 MD
PAGINAS	1 DE 1

Sucursal: Florencia DIA: 03 MES: 08 AÑO: 21 No. Historia Clínica: 14619.581  
 Nombres: Paul Apellidos: Miranda Sanchez No. Ingreso: 124895 Edad: 46  
 Cama: 113 Sala: 113 CxAmb: 113 CxUrg: 113 Entidad: 113  
 Tipo Anestesia: ☐ Sin ☐ Local ☐ General ☒ Otros: Cual: Raquiidea  
 Hora Inicio QX: 09:30 Hora Salida QX: 11:05 Total Horas: 12528  
 Anestesiologo: Dr. Baron 1er. Ayudante: Dr. Barrio 2do. Ayudante: Dr. Barrio  
 Circulante 1: Dr. Barrio Circulante 2: Dr. Barrio  
 Instrumentador: Juan Diego

	CÓD. / REF.	UVR/GQ	PROCEDIMIENTO	VIA ACCESO	CIRUJANO
CIRUGIA 1			<u>incisión de intestino grueso</u>		
CIRUGIA 2			<u>incisión de intestino grueso</u>		
CIRUGIA 3			<u>de adherencia peritoneal</u>		
CIRUGIA 4					

## RELACION DETALLADA DEL CONSUMO QUIRURGICO

### MATERIALES - ELEMENTOS - INSUMOS

PRODUCTO	REF/COD.	CANT.	PRODUCTO	REF/COD.	CANT.	PRODUCTO	REF/COD.	CANT.
AGUJA HIPODERM DES. No.			EQUIPO DE IRRIGACIÓN EN Y			SONDA FOLEY DE DOS VIAS No.		
AGUJA HIPODERM DES. No. 18			EQUIPO DE TRANSFUSION EN Y			SONDA FOLEY TRES VIAS No.		
AGUJA HIPODERM DES. No. 21			EXTENSION ARTERIAL 12"			SONDA LEVIN No.		
AGUJA HIPODERM DES. No. 23			EXTENSION ARTERIAL 48"					
AGUJA EPINOCAN # 20 <input type="checkbox"/> 26 <input checked="" type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/>			EXTENSION DE ANESTESIA			SONDA NASOGASTRICA No.		
APOSITO TEGADERM 10 X 10 <input type="checkbox"/> 5 X 5 <input type="checkbox"/>			FIXOMULL (CM)			SONDA NELATON No.		
APOSITO TEGADERM 6 x 7			GASAS PRECORTADAS ESTERIL 3X3					
APOSITO TEGADERM 10 x 12			GUANTES EST. DESECH No. 6.5			SANDA TUNGSTENO No.		
APOSITO TEGADERM 9 x 25			GUANTES EST. DESECH No. 7.0			TRANSDUCTOR SENCILLO		
APOSITO TEGADERM 9 x 35			GUANTES EST. DESECH No. 7.5			TRANSDUCTOR BAXTER TRIPLE		
APOSITO OFTALMICO			GUANTES EST. DESECH No. 8.0			TUBO ENDOTRAQUEAL C/B No.		
BOLSA DE COLOSTOMIA			GUÍA ENTUBACION MALEABLE					

SUCURSAL: Florencia.

FECHA: 08/03/21  
Aposb/03/21

Nombre y Apellido:

Raúl Miranda Sánchez

No. H. CL.

17.674

Unidad Funcional:

Ortop.

Asegurador

Nuevas.

Cama

24

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CANT.	FIRMA RESPONSABLE
03/08/21	8:00	Ingreso sala Admisiones	1	
		Toma de signos vitales	1	
		Indagación Alergias	1	
		Indagación Ayuno	1	
		Cambio de Ropa	1	
		Canalización vena periférica	1	
		Firma consentimiento	1	
		Profilaxis.	1	
		Traslado a Sala.	1	
3-08-21	09:45	Ingreso a sala	1	
		Lista de chequeo	1	
		Monitorización continua	1	
		Electrodos	3	
		Circular anestesia	1	
		Lavado de manos	1	
		Aspiración y antisepsia por medico	1	
		Circular cirugía	1	
		Seguir ordenes medicas	1	
		Administrar medicamentos	1	
		Vigilar y Registrar signos vitales	1	
		Informar cambios	1	
		Asio de paciente	1	
		Traslado a recuperación	1	
		Dejo monitorizado.	1	
		Entrego historia clinica completa.	1	

*Cecilia Bell*

*Adriana*

  
Somos parte de ti.  
DOCUMENTO  
SCANEADO

Sucursal Florencia

Día	Mes	Año
03	09	21

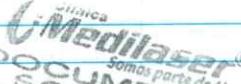
H.C.L. No. 19674587

Nombre y Apellido: Paul Miranda Sanchez

Cama

Unidad Funcional: Química. Asegurador M.ESP.

MEDICAMENTOS	HORAS	OBSERVACIONES
SSN 0.9.% 500ml. IV 8+00		
SSN 0.9.% 500ml. IV 8+30		
SSN 0.9.% 100ml. IV 9+20		
Cetutolina 2ml. IV 9+20		Carmen
SSN 0.9.% 100ml. IV 09+49		
Bupirrop pesado. IV 09+50		
SSN 0.9.% 500ml. IV 09+51		
atropil IV 09+55		
atropina IV 09+55		
midazolam 2mg IV - 09+58		
SSN 0.9.% 100ml - 10+00		
meperidina 1V 10+29 - 30mg. IV		
Diclofenaco - 10+30		
Dipirona 1gr - 10+31		
metoclopramida - 10+32		
SSN 0.9.% 100ml - 11+00		
SSN 0.9.% 500ml - 12+00		Adriana


  
 SOMOS PARTE DE TI.
   
 DOCUMENTO
   
 SCANEADO

Linha de Atendimento ao Cliente: 0800 011 1000

VIGILADO

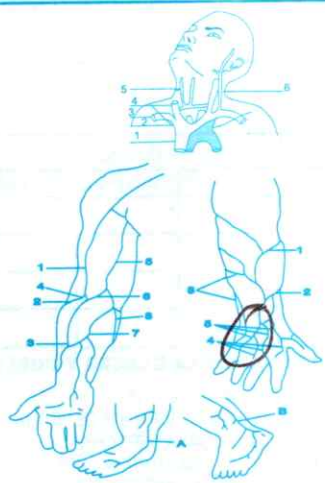
MAÑANA

TARDE

**NOCHE**

	<b>HOJA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE VENOPUNCION</b>		VERSION	5
			VIGENCIA	Jun-17
			CODIGO	F-M-029 MD
			PAGINAS	1 DE 2

SUCURSAL: Florencia. FECHA 03/08/21  
 NOMBRE Y APELLIDO: Raúl Miranda Sanchez No. HCL. 17.674.587.  
 UNIDAD FUNCIONAL: Cirurgia. ASEGURADOR: Nueva EPS. CAMA: 2\*

<b>DIAGNOSTICO</b>		<b>FECHA DE INGRESO</b>																																																												
	FECHA Y HORA <u>03/08/21</u>	CATETER <u>Si</u>	NUMERO <u>718</u>																																																											
	No. VENOPUNCIONES <u>2</u>	INFUSION CONTINUA	CATETER HEPARINIZADO																																																											
	ANTIBIOTICOS: <u>cefazolin 2u</u>																																																													
	OTROS MEDICAMENTOS (POR DICHA VENA)																																																													
	RESPONSABLE <u>Carm</u>	SERVICIOS: <u>Cx</u>																																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">FECHA</th> <th colspan="3">MAÑANA</th> <th colspan="3">TARDE</th> <th colspan="3">NOCHE</th> </tr> <tr> <th>HORA</th> <th>CRITERIO</th> <th>FIRMA</th> <th>HORA</th> <th>CRITERIO</th> <th>FIRMA</th> <th>HORA</th> <th>CRITERIO</th> <th>FIRMA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>03/08/21</td> <td>1400</td> <td>0</td> <td>Carm</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		FECHA	MAÑANA			TARDE			NOCHE			HORA	CRITERIO	FIRMA	HORA	CRITERIO	FIRMA	HORA	CRITERIO	FIRMA	03/08/21	1400	0	Carm																																						
FECHA	MAÑANA			TARDE			NOCHE																																																							
	HORA	CRITERIO	FIRMA	HORA	CRITERIO	FIRMA	HORA	CRITERIO	FIRMA																																																					
03/08/21	1400	0	Carm																																																											
<b>VISTA ANTERIOR</b> 1. V. CEFALICA SUPERIOR 2. V. CEFALICA ACCESORIA 3. V. CEFALICA INFERIOR 4. V. MEDIANA CEFALICA 5. V. BASILICA SUPERIOR 6. V. MEDIANA BASILICA 7. V. MEDIANA DEL ANTEBRAZO 8. V. BASILICA INFERIOR A. V. SAFENA INTERNA B. V. SAFENA EXTERNA		<b>VISTA POSTERIOR</b> 1. V. CEFALICA ACCESORIA 2. V. CEFALICA INFERIOR 3. V. BASILICA INFERIOR 4. V. METACARPANAS 5. ARCO VENOSO DORSAL																																																												
<b>EXTREMIDAD</b> SUPERIOR DERECHA _____ SUPERIOR IZQUIERDA _____ INFERIOR DERECHA _____ INFERIOR IZQUIERDA _____		<b>VENAS DE LA CABEZA Y CUELLO</b> 1. V. CAVA SUPERIOR 2. V. BRAQUIOCEFALICA DERECHA 3. V. SUBCLAVIA DERECHA 4. V. YUGULAR INTERNA DERECHA 5. V. YUGULAR ANTERIOR DERECHA 6. V. YUGULAR EXTERNA IZQUIERDA																																																												
<b>DESCONTINUAR</b> FECHA: _____		FLEBITIS Criterio _____ INFILTRACION _____																																																												
DISFUNCION MECANICA _____ CAMBIO A CATETER CENTRAL _____		CAMBIO POR FECHA _____ FIN DE LA INDICACION _____																																																												
HEMATOMA _____ OTROS _____																																																														

	FECHA Y HORA	CATETER	NUMERO																																																	
	No. VENOPUNCIONES	INFUSION CONTINUA	CATETER HEPARINIZADO																																																	
	ANTIBIOTICOS:																																																			
	OTROS MEDICAMENTOS (POR DICHA VENA)																																																			
	RESPONSABLE:	SERVICIOS:																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">FECHA</th> <th colspan="3">MAÑANA</th> <th colspan="3">TARDE</th> <th colspan="3">NOCHE</th> </tr> <tr> <th>HORA</th> <th>CRITERIO</th> <th>FIRMA</th> <th>HORA</th> <th>CRITERIO</th> <th>FIRMA</th> <th>HORA</th> <th>CRITERIO</th> <th>FIRMA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		FECHA	MAÑANA			TARDE			NOCHE			HORA	CRITERIO	FIRMA	HORA	CRITERIO	FIRMA	HORA	CRITERIO	FIRMA																																
FECHA	MAÑANA			TARDE			NOCHE																																													
	HORA	CRITERIO	FIRMA	HORA	CRITERIO	FIRMA	HORA	CRITERIO	FIRMA																																											
<b>VISTA ANTERIOR</b> 1. V. CEFALICA SUPERIOR 2. V. CEFALICA ACCESORIA 3. V. CEFALICA INFERIOR 4. V. MEDIANA CEFALICA 5. V. BASILICA SUPERIOR 6. V. MEDIANA BASILICA 7. V. MEDIANA DEL ANTEBRAZO 8. V. BASILICA INFERIOR A. V. SAFENA INTERNA B. V. SAFENA EXTERNA		<b>VISTA POSTERIOR</b> 1. V. CEFALICA ACCESORIA 2. V. CEFALICA INFERIOR 3. V. BASILICA INFERIOR 4. V. METACARPANAS 5. ARCO VENOSO DORSAL																																																		
<b>EXTREMIDAD</b> SUPERIOR DERECHA _____ SUPERIOR IZQUIERDA _____ INFERIOR DERECHA _____ INFERIOR IZQUIERDA _____		<b>VENAS DE LA CABEZA Y CUELLO</b> 1. V. CAVA SUPERIOR 2. V. BRAQUIOCEFALICA DERECHA 3. V. SUBCLAVIA DERECHA 4. V. YUGULAR INTERNA DERECHA 5. V. YUGULAR ANTERIOR DERECHA 6. V. YUGULAR EXTERNA IZQUIERDA																																																		
<b>DESCONTINUAR</b> FECHA: _____		FLEBITIS Criterio _____ INFILTRACION _____																																																		
DISFUNCION MECANICA _____ CAMBIO A CATETER CENTRAL _____		CAMBIO POR FECHA _____ FIN DE LA INDICACION _____																																																		
HEMATOMA _____ OTROS _____																																																				

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Oficina de Vigilancia y Control de Medicamentos y Alimentos (OVICA)  
 Calle Córdoba Interior 100 - 01000000000

Impreso por: GRAFICAS & FORMAS - Tel: 0755006

Carrera 7 No. 11-31 PBX: 8724100  
 Neiva - Huila

Calle 6 No. 14A - 55 Barrio: Juan XXIII  
 Tels: 4362011 - 4363526 Florencia - Caquetá

Cra. 2E No. 67 B - 90 Barrio: Suamox  
 Tels: 745 3000 Tunja - Boyacá



CONSTANTES VITALES Y BALANCE DE LIQUIDOS

VERSION	5
VIGENCIA	Feb-18
CODIGO	F-M-025 MD
PAGINAS	1 DE 2

SUCURSAL: Florencia.

Nombre y Apellido: Paul Miranda Sanchez

Identificación: 17674587

Unidad Funcional: Hospitalización B Asegurador: Nuevo fps.

No. de Cama: 321B.

DIA	HORAS	TAS	TAD	TAM	FC	FR	T°	SAT%	PVC	PIC	PIA	CUÑA	PULSOS	Glucometría mg/dl	RG	DU	FCF	Firma
3/8	12h	136	75	96	99	16	36.2	97						82mg/dl				Abraap
3/8	20h	112	57	75	62	17	36.7	97										Abraap
3/8	21h	109	61	80	74	19	36	98						93mg/dl				Jan
4/8	5h	118	63	81	71	19	36	95										Jan
4/8	6h	121	88	88	68	20	36.1	96										Barbara
4/8	13h	125	76	88	77	20	36.3	98										Barbara
4/8	14h	131	71	93	72	19	36.6	96										apenas
4/8	20h	112	75	87	71	18	36.5	97						92mg/dl				apenas
5/8	21h	124	71	81	75	17	36.7	95										JULIA
5/8	5h	122	73	87	72	18	36.6	96										JULIA
5/8	6h	115	67	80	75	19	36.2	97										apenas
5/8	13h	132	83	101	66	19	36.6	96										apenas
5-8	14h	120	85	100	65	20	36.3	96										UABR
5-8	20h	120	72	88	74	20	36.3	94										UABR
5-8	21h	122	71	88	77	20	36.5	96										Alexandra
6-8	5h	102	70	77	75	20	36.5	96										Alexandra
6-8	6h	116	69	83	79	20	36.3	96										UABR
6-8	12h	137	74	87	70	20	36.3	96										UABR
6-8	12h	123	64	67	6			96										JULIA
6-8	14h	123	69	87	69	17	36.3	96										JULIA
6-8	20h	127	81	94	69	17	37.0	96										apenas
6-8	21h	136	50	82	62	16	36.6	94										apenas
7/8	5h	111	75	85	61	19	36.5	97										JULIA
7/8	6h	131	86	96	67	18	36.3	96										JULIA



# CONSTANTES VITALES Y BALANCE DE LIQUIDOS

VERSION	5
VIGENCIA	Feb-18
CODIGO	F-M-025 MD
PAGINAS	1 DE 2

SUCURSAL: Florencia

Nombre y Apellido: Raúl Wircuador Sanchez

Identificación: 176745807

Unidad Funcional: Hosp B Asegurador: Univero EPS

No. de Cama: 3213

DIA	HORAS	TAS	TAD	TAM	FC	FR	Tº	SAT%	PVC	PIC	PIA	CUÑA	PULSOS I D	Glucometría mg/dl	RG	DU	FCF	Firma
7-8	13h	122	81	93	64	17	36.6	97										JULIA ✓
7-8	14h	130	83	95	63	18	36.1	98										Dayana
7-8	20h	127	75	96	73	18	36.3	98										Dayana
7-8	21h	129	86	96	70	20	35.3	99										Waneth
8-8	5h	109	66	76	66	20	38.3	99										Waneth
8-8	6h	126	76	87	74	18	36.6	95										JULIA ✓
8-8	13h	137	75	95	62	16	36.4	95										JULIA ✓
8-8	14h	125	60	96	60	19	36.1	96										Waneth
8-8	20h	128	46	94	64	18	36.2	96										Waneth
8-8	21h	121	74	90	62	18	36.7	96										JULIA ✓
9-8	5h	133	80	93	61	19	36.9	93										JULIA ✓
9-8	6h	129	61	91	62	18	36.6	94										Waneth



## ● Consulta del Estado de Afiliación

- LA IPS CONSULTANTE NO ES LA IPS PRIMARIA DEL AFILIADO, NI CAPITADORA

Fecha/Hora Consulta:	31/05/2021 13:59:13
Tipo Identificación:	CC
Identificación:	17674587
Nombre Usuario:	RAUL MIRANDA SANCHEZ
Estado Afiliación Usuario:	ACTIVO
Fecha Nacimiento:	07/09/1974
Edad:	46
Sexo:	M
Dirección Residencia:	DIAGONAL 4 6 41
Departamento:	CAQUETA
Municipio:	FLORENCIA
Teléfono:	3115872569
Tipo Afiliado:	CABEZA DE FAMILIA
Categoría Afiliado:	A
Semanas Cotizadas:	26
IPS Primaria:	SALUD VITAL DEL HUILA I.P.S S.A.S - SEDE FLORENCIA

[RETORNAR](#)

**SUCURSAL: CLINICA MEDILASER SAS FLORENCIA FECHA: 03/08/2021 1:28:29 p. m.**

<b>1. DATOS DEL USUARIO Y ACUDIENTE:</b>	
NOMBRE DEL USUARIO: RAUL MIRANDA SANCHEZ	
EDAD: 46 Años 10 Meses 26 Días	HISTORIA CLÍNICA NO: 17674587
UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION GENERAL	
DIAGNOSTICO: COLOSTOMIA	

NOMBRE DEL ACUDIENTE: Delsy Excohar			
IDENTIFICACIÓN: 26649 909	PARENTESCO: Esposa	EDAD: 48	

LA INFORMACIÓN QUE LE VAMOS A SUMINISTRAR A CONTINUACIÓN ESTÁ RELACIONADA CON LOS RIESGOS, CONSECUENCIAS Y PREVENCIONES DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN EN CLÍNICA MEDILASER S.A.

<b>2. RIESGOS – BENEFICIOS PROPIOS DEL PACIENTE</b> (Explique al paciente y acompañante los riesgos-beneficios específicos de acuerdo con el estado de salud y con las condiciones propias, antecedentes, comorbilidades, etc. Las recomendaciones orientadas a la prevención de eventos adversos y la necesidad del acompañamiento permanente por el acudiente.)
---

☐ CAIDAS PREVIAS

☐ MEDICAMENTOS

¿CUALES? \_\_\_\_\_

☐ ALTERACIONES VISUALES

☐ ALTERACIONES AUDITIVAS

☐ ICTUS EN EXTREMEDIDES

☐ ESTADO MENTAL

☐ DEAMBULACION

☐ MENORES DE EDAD Y MAYORES DE 70 AÑOS

☐ PROBLEMAS DE EQUILIBRIO

☐ PACIENTE POST-OPERATORIO

☐ USO DE APARATOS ORTOPÉDICOS

☐ OTROS

¿CUALES? \_\_\_\_\_

**3. OBTENCION DE LA VOLUNTAD DEL ACOMPAÑANTE:**

Declaro que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente el estado de salud del paciente a mi custodia, la necesidad del acompañamiento permanente debido a las valoraciones alcanzadas en la escala de Down Ton para proveer eventos adversos en situaciones de caídas; también, manifiesto que me han sido aclaradas todas mis dudas y me han explicado los posibles riesgos y complicaciones en caso de no asegurar la necesidad solicitada.

- ☐ SI Manifiesto bajo mi deseo voluntario que **PUEDO** cumplir con la necesidad de acompañamiento permanente de mi paciente en custodia.
- ☐ NO Aun habiendo comprendido, **manifiesto que NO puedo cumplir con el acompañamiento permanente del paciente a mi cuidado.**

**Porque:**

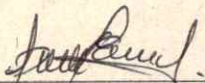
---

---

---

---

---



Firma del Responsable o Acudiente  
No. De identidad: 26 649 909



Maria Vasquez

MARIA FERNANDA VASQUEZ CARDOZO  
Nombre y Firma del Personal Asistencial  
Registro No.

# Autorización Servicios



Solicitada el: 24/05/2021 12:30 ✓  
 Autorizada el: 25/05/2021 13:43 ✓  
 Impresa el: 31/05/2021 13:58 ✓

N° Solicitud: NO REPORTADO  
 N° Autorización: (POS) P010-150177996  
 Código Eps: EPS037

Afiliado: CC 17674587 MIRANDA SANCHEZ RAUL

Edad: 46 Fecha Nacimiento: 07/09/1974 Tipo Afiliado: COTIZANTE (A) ✓  
 Dirección Afiliado: DIAGONAL 4 6 41 Departamento: CAQUETA 18 Municipio: FLORENCIA 001  
 Teléfono Afiliado: (8)-3115872569 Celular Afiliado: 3215667778 Correo Electrónico: DEISYESCOBARPUENTE2018@GMAIL.  
 IPS Primaria: SALUD VITAL DEL HUILA I.P.S S.A.S - SEDE FLORENCIA

Solicitado por: CLINICA MEDILASER S.A. FLORENCIA

Nit: 813001952 0 Código: 180010746601

Dirección: CALLE 6 N° 14A-55 BARRIO JUAN XXIII

Departamento: CAQUETA 18

Municipio: FLORENCIA 001

Teléfono: (8)-8724100

Ordenado por: JULIO ALEJANDRO BARRETO

Remitido a: CLINICA MEDILASER S.A. FLORENCIA

Nit: 813001952 0 Código: 180010746601

Dirección: CALLE 6 N° 14A-55 BARRIO JUAN XXIII

Departamento: CAQUETA 18

Municipio: FLORENCIA 001

Teléfono: (8)-8724100

Ubicación Paciente: CONSULTA EXTERNA

Origen: ENFERMEDAD GENERAL

Dx: Z933 COLOSTOMIA

Código	Cantidad	Descripción Servicio
459401 ✓	1 ✓	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VÍA ABIERTA
465201 ✓	1 ✓	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO GRUESO POR LAPAROTOMIA
545001 ✓	1 ✓	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA ABIERTA
546100 ✓	1 ✓	NUEVO CIERRE DE DISRUPCION POSTOPERATORIA DE PARED ABDOMINAL (EVISCERACION) SOD +

Afiliado No Cancela Ningun Valor por concepto de Pago Moderador o Copago ✓

Manejo Integral Según Guía : No

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: JANA CAROLINA ONZAGA BARRETO

Teléfono:

Cargo o Actividad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Esta autorización es netamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoría Médica.

Valido por 180 días a partir de la fecha de Autorización.

Referencia - Cuenta Médica: P010-187021698

Registro impreso por: EDWARD ANDRES BALLESTEROS CHAVES

42 44895 OK

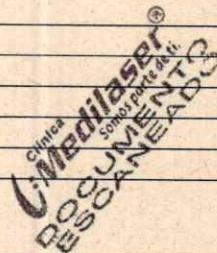


# LISTA DE CHEQUEO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS AL EGRESO DEL PACIENTE

VERSIÓN	5
VIGENCIA	Marzo 2019
CÓDIGO	F-CS-595 MD
PÁGINAS	1 DE 1

SUCURSAL: Florencia EPS: Nueva eps EDAD: 46  
FECHA: 09-08-2021 UNIDAD: Hospitalización b N° DE CAMA: 321b  
NOMBRE DEL PACIENTE: Raul miranda sanchez IDENTIFICACIÓN: 17674587

REALIZA ENTREGA DE:	SI	NO	N.A.	OBSERVACIONES
1. Epicrisis.		/		
2. Fórmulas médicas.	/			
3. Formato NO-POS.		/		
4. Incapacidad.	/			
5. Control médico por consulta externa.	/			
6. Cita de control Post-Operatorio.	/			Fecha: _____ Hora: _____ Médico Asignado: _____
7. Orden de exámenes.		/		
8. Certificado DANE N°		/		Nacido Vivo _____ Defunción _____
9. Referencia y Contrarreferencia.		/		
10. Interconsultas ambulatorias.		/		
11. Estudios Radiológicos.		/		
12. Instrucciones para cuidados en casa.		/		
13. Dispositivos médicos (Ej. Incentivo respiratorio u otros).		/		
14. Medicamentos y otras pertenencias de propiedad del paciente que estaban al cuidado de la institución.		/		
15. Hoja de atención del Recién Nacido		/		
16. Carnet de vacunación.		/		
17. Tratamiento de TBC y paquete para EPS.		/		
18. Demanda inducida a programas de P y P.		/		
19. Recomendaciones post-quirúrgicas		/		
20. Conoce que ha sido dado de alta y será enviado al domicilio (en compañía de un adulto responsable previa valoración médico tratante)		/		
21. Confirmación del entendimiento de la información suministrada al usuario.	/			
22. Ha recibido educación y entrenamiento en manejo de ostomías y elementos invasivos, como sonda vesical.		/		
23. Cuenta en el domicilio con los requerimientos necesarios para continuar manejo. (Oxígeno, succionador, terapia física y/o respiratoria, curaciones según sea el caso)		/		
24. Otros.	/	/		
25. Entrega de paz y salvo de facturación	/	/		
26. Se reporta a la eps toda la información relevante de acuerdo a su diagnóstico, si aplica.		/		



QUIEN ENTREGA: Amparo Sanchez  
CARGO: Aux Enfermería

QUIEN RECIBE: [Signature]  
PARENTESCO: Esposa



# FORMATO DE ORDEN DE SALIDA / PAZ Y SALVO

VERSION	1
VIGENCIA	Mayo 2019
CODIGO	F. 02F. 1028 MD
PAGINAS	1 DE 1

Nombre del paciente: RAUL MIRANDA SANCHEZ  
Numero de ingreso: 4244895  
Unidad Funcional: F03 - HOSPITALIZACION GENERAL FLORENCIA  
Médico Autoriza: JULIO ALEJANDRO BARRETO OROZCO  
Entidad: NUEVA E.P.S - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A

No. Historia: 17674587  
Cama: Cama N° 321B  
Fecha Ingreso: 02/08/2021 1:59:22 p. m.  
Fecha de egreso: 09/08/2021 10:13:41 a. m.  
No Factura: FE0224738

VoBo FACTURACION O CAJA

## Señores:

Clinica Medilaser S.A.

## Asunto: Autorización Especial

Yo, A. Daisy Escobar mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma y actuando en condición de usuario/Acudiente, por medio del presente documento, doy constancia expresa de haber recibido los servicios prestados por la CLINICA MEDILASER S.A., dentro del periodo aqui consignado con fecha de ingreso y egreso de este centro asistencial; igualmente a través del presente documento confiero AUTORIZACION especial al representante legal de la Clinica Medilaser S.A.S. y/o quién éste delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique la factura originada por la prestación de servicios de salud que esta I.P.S. me ofreció.

Lo anterior de conformidad al decreto 4747 de 2007.

Atentamente,

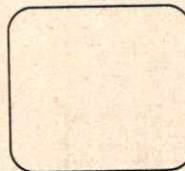
[Firma]  
Firma usuario (a) o acudiente

Nombres y apellidos

N° Identificación

Usuario Creación:

4K1 - YERLEY FABIAN GRIMALDO VARGAS - FLA



Indice Derecho

Usuario Impresión: 4K1 - YERLEY GRIMALDO

# CLINICA MEDILASER S.A.S

NIT: 813001952-0

## INFORME QUIRURGICO

Ingreso: 4244895

Página 1/2

Número de Folio: 157

Ubicación: CLINICA MEDILASER SAS FLORENCIA - QUIROFANO FLORENCIA

### IDENTIFICACIÓN

Apellidos: MIRANDA SANCHEZ

Nombres: RAUL

Dirección: CALLE 8 # 7A BIS - 25 | EL CAMPIN - SAN VICENTE DEL CAGUAN - FLORENCIA

Teléfono: 3144239451 - 3124834304

Profesión: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Entidad Responsable: NUEVA E.P.S NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.

Seguridad Social: NUEVA E.P.S NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.

Tipo Documento: CC Numero: 17674587

Edad: 46 Años 10 Meses 26 Días (07/09/1974)

Sexo: MASCULINO

Tipo Paciente: CONTRIBUTIVO

Tipo Afiliado: COTIZANTE

Estado Civil: CASADO

Grupo Étnico: NINGUNO

### EQUIPO QUIRURGICO

#### Profesional

JULIO ALEJANDRO BARRETO OROZCO

DIEGO CAMILO BARON LUGO

JUAN DIEGO RESTREPO ALADINO

ADRIANA MARCELA YATE LEDESMA

ELIANA MARCELA OLAYA TORRES

#### Perfil

Cirujano

Anestesiologo

Instrumentador

Circulante

AYUDANTE

#### Principal

☒

☐

☐

☐

☐

### IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

#### Diagnósticos PRE-Operatorios:

CIE10 Diagnostico

Z933 COLOSTOMIA

#### Diagnósticos POS-Operatorios:

Z933 COLOSTOMIA

#### Observaciones

#### Principal

☒

☒

### INTERVENCION PRACTICADA/TIPO DE ANESTESIA Y DE HERIDA

Fecha Hora de Inicio: 03/08/2021 10:00:00 a. m.

Fecha Hora que Termina: 03/08/2021 11:30:00 a. m.

Cirugia urgente: ☒

Tiempo Quirúrgico(Minutos): 90

No Sala de Cirugía: 3

Profilaxis con

Tipo de Herida : Contaminada

Tipo de Anestesia : Regional

Antimicrobianos: ☒

Clasificación ASA: 2

Datos Adicionales: Prótesis / Implante ☐ CX Caderas ☐ CX Rodillas ☐ Laparotomia ☐ Fractura Abierta ☐ Clas. Fractura:

Cirugías: ( Can: Cantidad, P: Cirugía Principal )

Cod. C.U.P.S

Cirugía

459401 ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA

465201 CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA

545001 LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA ABIERTA

546100 NUEVO CIERRE DE DISRUPCION POSTOPERATORIA DE PARED ABDOMINAL EVISCERACION SOD

Via Abordaje

UNICA

UNICA

UNICA

UNICA

Can. P.

1 ☒

1 ☐

1 ☐

1 ☐

### DESCRIPCION QUIRURGICA

#### Hallazgo Operatorio:

COLOSTOMIA EN CAÑON DE ESCOPETA, SEVERO RPOCESO ADHERENCIAL DE ASA SINTESTIANELS A PARED ABDONAL, ADEHRENCIAS INTERAS Y DE BOCAS DE COLOSOTMIA A ASAS INTETSINALES Y PARED ABDOMINAL, ABDOME HOSTIL EVENTRADO

#### Detalle Quirúrgico - Procedimientos:

ASEPSIA YA TNSIEPSIA BAJO ANESTESIA REGIONAL INCISIOPN LATERAL DE LÑAPAROTOMAI UNIENDO LAS 2 OSOTMIAS DISEICOCN POR PLANSOA SHAT CAVIDAD, DISECCION Y LIBERACION DE ADHERENCIAS DE BOCAS DE COLOSTOMIA A PARED ABDOMINAL PIEL Y ASAS INTESTIANLES, DISEICON Y LÑIEBRACION DE ADHERNEICAS INTERSAS Y DE ASA S INTETSIANLES A PARED ABDOMIA LOGRANDO OBSTRENER UN ADECUADO MOVILIZACION DE AMBOS ESTOMS DEL INTESINO GRUESO


RESECION DE BOCAS DE COLOSOTMIA, REALIZO ANASTOMOISIS TERMINAL TERMINAL EN 2 PLANOS CON VICRYL Y PROLENE VERIFICO NO FUGAS Y ADECUADO PASO, REVISON DE CAVIDAD, HEMOSTASIA LIMPI YS EC CAVDIOAD, DISECCION E IDENTIFICACION D APONEURISIS D EADECUADA CALDIAD, CIERRE DE ESTA CON VICRYL, CIERRE POR PLANOS CON VCRYL Y PIEL CON PROLENE.

**Complicaciones:**

NO

**Materiales (Que se Deben Cobrar Adicional a la Tarifa de los Qx):**

NO

**Compresas:** COMPLETO**Gasas:** COMPLETO**Conteo Material:** COMPLETO**Tejidos Enviados a Anatomia Patologica:**  
BOCAS DE COLSOOTMIA**Número de Muestras:** 1**Profesional:** JULIO ALEJANDRO BARRETO OROZCO**Especialidad:** CIRUGIA GENERAL**Tarjeta Profesional #** 80040212