

SUCURSAL: Florencia FECHA: 2/03/2021 07:16:21 a. m.

NOMBRE USUARIO: RAUL MIRANDA SANCHEZ
EDAD: 46 Años 05 Meses 24 Días **HISTORIA CLÍNICA No:** 17674587
UNIDAD FUNCIONAL: C.EXT
DIAGNOSTICO:

1. ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE:

☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

COOMORBILIDADES 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:

COLONOSCOPIA

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

El objetivo de la colonoscopia es detectar posibles anomalías en las paredes del intestino grueso, el recto o el íleon, producidas por enfermedades. El examen se realiza mediante un instrumento llamado COLONOSCOPIO que está formado por un tubo largo y fino que incorpora una cámara y luz propia. El cual realizamos con todas las medidas de bioseguridad según los protocolos del ministerio de salud, ante la pandemia del COVID 19.

3. OTRAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO:

☐ SI ☐ NO

CUALES: NINGUNO

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.)

Sangrado, perforación, necesidad de intervención quirúrgica, bronco aspiración, muerte ,sepsis, requerimiento de UCI ,ventilación mecánica y riesgo de re intervención por mala preparación.

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 cardíaca, 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)

Procedimiento solicitado por especialista tratante

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

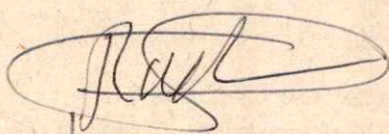
Expreso mi decisión libre y voluntaria: para que me efectúen el procedimiento descrito anteriormente y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.

☐ NOAun 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.

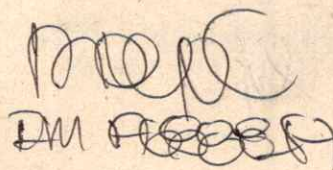
Nota: En caso que la paciente presente incapacidad física, mental o sea menor de edad, que le impida tomar la decisión sobre el procedimiento a seguir, esta decisión será tomada por el familiar responsable del paciente en primer grado de consanguinidad o primer grado de afinidad.

Firma del Paciente o Responsable
Nombre:

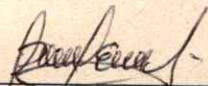
No. De identidad: 17.674587



HUELLA



Dr. Jaime Giovanni Muñoz Cerón
Gastroenterología clínico - Quirúrgica
Universidad de Caldas
C.C. 83.041.387



Firma del testigo

Nombre:

C.C: 26 649 909 S.V.



HUELLA

Firma del Médico

Nombre: JAIME GIOVANNI MUÑOZ CERON

Registro No: 83041387

SUCURSAL: Florencia

INFORMACION PACIENTE

Nombre: Paul Wroble Edad: 46 A. Fecha: 02-03-21 No. Clínica: 17674382

Dx: Pausa Medicamentosa

| | | | | |
|------|--|--|--------------------------------|--------------------------------|
| CAMA | SEXO <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M | UNIDAD FUNCIONAL <u>Gastroenterología</u> | ASEGURADOR <u>NURIA EPP</u> | CIRUGIA <u>Colonoscopia</u> |
|------|--|--|--------------------------------|--------------------------------|

1. APARATO RESPIRATORIO

- ☐ Apnea del sueño (roncador) ☐ Alérgico Ninguno
☐ Asma/bronquitis
☐ Fumador/Epoc
☐ Tos productiva
☐ Dificultad para deglutir

3. GASTROINTESTINAL

- ☒ Pérdida de Peso ☐ Otro _____
☐ Úlcera - Sangrado
☐ Obstrucción Intestinal
☐ Hepatitis /Ictericia
☐ Cirrosis
☒ Hernia hiatal / reflujo

5. APARATO NEUROMUSCULAR/ESQUELETICO

- ☐ Artritis ☐ Otro _____
☐ Debilidad muscular
☐ ACV/apoplejia/TIA Derrame
☐ Parestesias - Parálisis
☐ Cefalea

ANESTESIAS PREVIAS Regional ☐ General ☒

Complicaciones: NVPO

hipertensión, exobacterias, IT, etc.

- Mallampati: ☐ I ☒ II ☐ III ☐ IV
 • Abertura de la boca 4 cm
 • Intubación Previa Difícil

MEDICAMENTOS

- ☐ Sedantes ☐ Adicciones
☐ Corticosteroides ☐ Aspirina ☐ Warfarina ☐ Heparina

Drogas para corazón, Tensión y otros Medicamentos

2. CÁRDIOVASCULAR

- ☐ Colesterol Alto ☐ Otro _____
☐ Desmayos
☐ Valvulopatías
☐ Sube ☐ Despacio ☒ Rapido
☐ EKG anormal
☐ Disnea / duerme cabecera
☐ Angina / infarto / soplo
☐ Hipertensión
☐ Palpitaciones

4. RENAL / ENDOCRINO

- ☒ Obeso ☐ Otro _____
☐ Diabetes
☐ Insuficiencia renal
☐ Retención urinaria
☒ Enfermedad de tiroides Exotamoa/Caliambres/Fatiga/Intolerancia frío - calor
☐ Embarazo

6. SANGRE

- ☐ Anemia ☐ Hemofilia ☐ Morados ☐ Sangrado
☐ Malaria ☐ Trasfusiones Tipo _____ RH _____

Antecedentes Familiares Importantes

- ☐ Cardio Patías ☐ Otro _____
☐ Diabetes
☐ Alteraciones Hematológicas

EXPLORACIÓN FÍSICA TA:

Peso _____ IMC _____

S.N.C.

Pupilas

R.S.C.S.

R.S.R.S.

ABDOMEN

ASA I ☐ URG. ☐ ELECTIVA

LABORATORIO

Reserva de Sangre _____ Hb _____ Hcto _____ TP _____ TPT _____ Glicemia _____ Bun _____ Cr _____ Embarazo _____
 EKG _____ RX TORAX _____

FIRMA ANESTESIOLOGO

HOJA DE ANESTESIA

| | |
|----------|------------|
| VERSION | 3 |
| VIGENCIA | Nov-15 |
| CODIGO | F-M-018 MD |
| PAGINAS | 2 DE 2 |

VERIFICAR: CONSENTIMIENTO INFORMADO. HISTORIA CLÍNICA, VENOCICLIS, MAQUINA ANESTESIA, FARMACOS

| DIAG. PREOPERATORIO | | CIRUGÍA REALIZADA | | | | CIRUJANOS ANESTESIOLOGOS | | MURDA BORD | |
|------------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|------------------------|----------|--------------------------|--|------------|--|
| FECHA | HORA INICIO ANESTESIA | HORA INICIO CIRUGIA | HORA TERMINA CIRUGIA | HORA TERMINA ANESTESIA | DURACION | | | | |
| 02-03-21 | 7:50 | 7:50 | 8:00 | 8:00 | 10 | | | | |
| Ventilación E.A.C. | E-E | | | | | | | | |
| Líquidos Administrados | | | | | | | | | |
| ETCO2 | | | | | | | | | |
| PVC | | | | | | | | | |
| ECG | | | | | | | | | |
| SPO2 | | | | | | | | | |
| O2 | | | | | | | | | |
| N2O - Aire | | | | | | | | | |
| Agente | | | | | | | | | |
| HORA | 7 | 8 | | | | | | | |

Conversiones V=Tension Arterial Sistolica A=Tension Arterial Diastolica X=Tension Arterial Media ●=Frecuencia Cardiaca ○=Hora de Inicio de la Cirugia X=Hora Finalizacion Cirugia =Extubación =Intubación

TÉCNICA ANESTÉSICA REGIONAL

Perid ☐ Aguja No. _____ Cantidad _____
 Raquí ☐ Sitio Punc. _____ Concentra. _____
 Caudal ☐ Nivel _____ Dosis Única _____
 Tronc ☐ Agente _____ Continua _____
 Local ☐

TÉCNICA ANESTÉSICA GENERAL

INDUCCIÓN ☐ INH ☐ EV ☐ RAPIDO

1. propofol
 2. propofol
 3. propofol
 4. _____
 5. _____
 6. _____
 7. _____
 8. _____
 9. _____
 10. _____
 11. _____

Dosis Total

0.1mc/kg

ADMINISTRADOS ELIMINADOS

Crist no m/Ayuno _____ ml
 Coloi _____ m/Diuresis _____ ml
 Sang _____ m/Sangrado _____ ml
 Otros _____ m/Requeto _____ ml
 Suma _____ Total _____
 Balance de Líquidos _____

VÍA AÉREA

Intubación OT NT
 Fácil _____ Dificil _____
 Cormack _____
 Tubo No. _____
 Mascara L No. _____
 Mascara Facial _____

RECUPERACIÓN POST - ANESTÉSICA

| | | Quiróf. | 15' | 30' | 60' | Al salir |
|----------------------|--------------------------------|---------|-----|-----|-----|----------|
| ACTIVIDAD MUSCULAR | * Mov. Volun. (4 estre) | 2 | | | | |
| | * Mov. Volun. (2 estre) | 1 | | | | |
| RESPIRACIÓN | * Resp., amplia tose | 2 | | | | |
| | * Resp. Ltda, tos débil | 1 | | | | |
| CIRCULACIÓN | * T. A 20% cifra control | 2 | | | | |
| | * T. A 20 - 50 % cifra control | 1 | | | | |
| | * T. A 50 % cifra control | 0 | | | | |
| ESTADO DE CONCIENCIA | * Completamente despierto | 2 | | | | |
| | * Responde al ser llamado | 1 | | | | |
| | * No responde | 0 | | | | |
| COLORACIÓN MUCOSAS | * Mucosas sonrosadas | 2 | | | | |
| | * Pálidas | 1 | | | | |
| TOTAL | | | | | | |

☐ PROTECCIÓN OCULAR ☐ SITIOS DE PRESIÓN ☐ PTE SALE UCRA ☐ UCI

OBSERVACIONES Y/O COMPLICACIONES: Sedul PAC-3

to. No Accedentes to
to: Truqueo a UCI


Firma Anestesiólogo

Firma enfermera o auxiliar

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

| | | | |
|---|---|----------|----------------|
|  | FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USO DE MEDIOS DE CONTRASTE | VERSIÓN | 3 |
| | | VIGENCIA | Noviembre 2018 |
| | | CÓDIGO | F-DT-255 MD |
| | | PÁGINAS | 1 DE 3 |

☐ NEIVA ☐ TUNJA ☒ FLORENCIA

FECHA: 03-03-2011

| | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| Nombre Usuario: | Raul Miranda Sanchez |
| Edad: | 46 |
| Historia Clínica No: | 11'674501 |
| Unidad Funcional: | Tomografía |
| Estudio de imagen a realizar: | TAC- Abdomen simple y contrastado |
| Diagnóstico: | colostemico |

Descripción del Procedimiento

Para la realización de estudios de imagenología se hace necesario en muchas oportunidades la administración de sustancias conocidas como **MEDIOS DE CONTRASTE**, que permite al médico y/o personal de salud, observar con mayor facilidad las estructuras anatómicas en el área de interés. En la Clínica Medilaser S.A. los medios de contraste son necesarios para algunos procedimientos imagenológicos, específicamente para este caso el estudio de imagen que se va a realizar es:

TAC- Abdomen simple y contrastado
y el (los) medio(s) de contraste que se va(n) a utilizar es (son):
Iopromidol- megluro

puede ser administrado por vía oral, parenteral (diferente a la vía digestiva), endovenosa, o cualquier otra vía de acceso y que en su caso específico será administrado por vía I.V.O, y será realizado por personal altamente capacitado incluyendo en ello la disponibilidad y supervisión por médicos especialistas en el procedimiento, quienes además cuentan con los recursos necesarios para actuar en caso de presentarse una reacción adversa o complicación.

Usted como usuario podrá experimentar algún tipo de Reacción adversa y/o alérgica al medio suministrado durante o poco tiempo después de concluirse el estudio; las reacciones pueden ser de leves a severas, podrían incluir náuseas, sensación de calor, erupciones cutáneas, vómitos, cefalea hasta dificultad para respirar, hipotensión, paro cardíaco, paro respiratorio, convulsiones y muerte. Se sabe que las reacciones adversas pueden afectar a cualquier persona, pero son más frecuentes en ciertos grupos de pacientes que presentan algunas patologías como atopía, asma, entre otros. Existen además reacciones adversas al medio de contraste que no corresponden a alergias, pero que pueden afectar la función renal en forma significativa y ocurren por lo general en pacientes con insuficiencia renal, muchas veces desconocida por los mismos pacientes. Es su deber informar al médico si consume algún tipo de medicamento, si es alérgico a algún medicamento, si se encuentra en estados como: enfermedades renales, insuficiencia renal, embarazo, por las precauciones y/o riesgos adicionales (malformaciones congénitas en feto, requerimiento de diálisis) que esto conlleva y deberá traer al procedimiento los resultados de los laboratorios previamente solicitados.

Clínica Medilaser S.A. es una institución formadora de talento humano por lo que durante el proceso de atención puede llegar a participar personal en formación, bajo la estricta supervisión de profesionales que actúan como docentes. Además eventualmente se desarrollan proyectos de investigación "sin riesgo", que son supervisados y avalados por el comité de ética e investigación donde se requiere la revisión de registros de historias clínicas garantizando confidencialidad del contenido y secreto de la identidad del paciente.

OBSERVACIONES ADICIONALES (diligenciado por el personal de la Clínica)

Creatinina: 0.83 mg/dl

Tasa de Filtración glomerular: _____

AUTORIZACIÓN

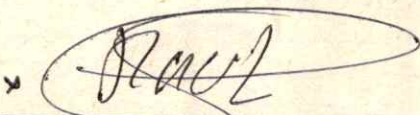
Declaro que me han explicado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible para mí los aspectos relacionados con el procedimiento de imagen, me han dado a conocer las reacciones adversas propias del medicamento o medio de contraste las cuales se encuentran en la ficha técnica del medicamento que me fueron leídas y explicadas, me han explicado las condiciones que conllevan mayor riesgo en la toma del examen 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.

Expreso mi decisión libre y voluntaria así como ACEPTO ☒ NO ACEPTO ☐ que los profesionales de Clínica Medilaser S.A. efectúen el procedimiento de imagen descrito anteriormente.

Dejo constancia de que he sido informado que Clínica Medilaser es un centro de práctica docente, por lo cual ACEPTO ☒ NO ACEPTO ☐ que en mi proceso de atención participe personal en formación, **bajo la estricta supervisión y vigilancia de mi médico tratante, que actúa como docente.**

AUTORIZO ☒ NO AUTORIZO ☐ que la información correspondiente a mi historia clínica, sea utilizada en **estudios de investigación** en las condiciones en que me fueron explicadas.



Firma del paciente o responsable

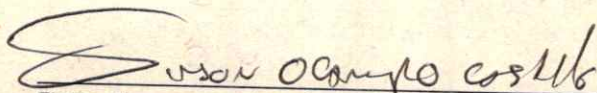
Nombre legible: **17.674587**

Nº de identidad:

Calidad del responsable:



HUELLA



Firma de persona de salud que brinda la información.

Nombre legible: **Susan Ocampo Corral**

Nº registro: **Susan Ocampo Corral**

Cargo: **Lee. Res. Rx**

Luis Fernando Novoa Cordero
MEDICO RADIOLOGO
R. M. 15782

Firma del testigo

Nombre Legible:

Nº de identidad:

Calidad del testigo: