



**ARQUIDIOCESIS
DE CALI**
Gobierno Eclesiástico



03.1-6.2 C-6355

EL SUSCRITO CANCELLER DE LA ARQUIDIOCESIS DE CALI

CERTIFICA:

Que el INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA, es una entidad religiosa, sin ánimo de lucro, establecida Canónicamente en la Arquidiócesis de Cali, que goza de todos los efectos civiles y eclesiásticos que le confiere la Ley Concordataria No. 20 de 1974, identificada con NIT.890.301.430-5. Por medio de la Resolución No.4802 de fecha 16 de diciembre 1966 expedida por la Gobernación del Valle del Cauca (Secretaría de Justicia y Negocios Generales-Sección Jurídica) se Reconoce la Personería Jurídica al INSTITUTO HERMANAS DE SAN JOSÉ DE GERONA hoy INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA.

La Reverenda Hermana USDELLY ALZATE VARELA, identificada con la Cédula de Ciudadanía No.31.276.463 de Cali, es la actual Consejera General y como consecuencia de ello, la Represente Legal.

Las hermanas CARMEN ISABEL GÓMEZ BARRERA, identificada con cédula No.42.023.994 y MARTHA CECILIA ANTURI LARRAHONDO, identificada con cédula de ciudadanía No.31.850.645, actuarán como Representantes Legales Suplentes, en calidad de Primer Suplente y Segundo Suplente, respectivamente, en ausencia de la Representante Legal Principal del INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA.

El domicilio para notificación del INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA es la Calle 8 No.29-50 de Cali y correo electrónico juridico@clinicadelosremedios.org.

Que el INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA, es propietario de las siguientes Obras en Cali: Clínica de Nuestra Señora de los Remedios (Avenida 2 Nte. No.24-157), Hogar Santa Inés (Calle 7 No.29-43) y Hogar Sagrada Familia en Santafé de Bogotá (Carrera 6 No.45-22).

Que el INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA, tiene una casa de formación para las novicias en la Carrera 50 No.61-35 Barrio El Prado - Medellín y otra para las postulantes en la Calle 41 No.32-39 Barrio " Sector la Milagrosa en Medellín.

Santiago de Cali, 01 de Septiembre de 2023.

(Aprobada)

Jaime H. Ramos Escobar
JAIME HUMBERTO RAMOS ESCOBAR, Pbro.
Canciller



Carrera 4 # 2-17 • Tels: (57-602) 889 0562 al 71 • Fax: (57-602) 883 7980 • Cali - Colombia
Nit. 890.304.049-5 • E-mail: arquicali@arquicali.org • www.arquicali.org



Apellidos:	MORALES RODRIGUEZ				
Nombre:	LUCIA DEL MAR				
Número de Id:	TI-1111548773				
Número de Ingreso:	9915458-1				
Sexo:	Femenino	Edad Ing.:	9 Años y 2 meses	Edad Act.:	15 Años y 6 meses
Ubicación:	PRE-QUIRURGICA			Cama:	
Servicio:	CIRUGIA				
Responsable:	RED UNIPS 2 COOMEVA				

Fecha Ingreso	DD 12	MM 7	AAAA 2018	Hora Ingreso	15:50
---------------	----------	---------	--------------	--------------	-------

Fecha Egreso	DD 13	MM 7	AAAA 2018	Hora Egreso	15:00
--------------	----------	---------	--------------	-------------	-------

Autorización: 653 - DS HM AY ANEST POR CLINICA

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA DE URGENCIAS

UBICACIÓN: CIRUGIA, FECHA: 12/07/2018 19:04

DIAGNÓSTICO DE INGRESO

NOMBRE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO DX	ESTADO INICIAL
AMIGDALITIS CRONICA	J350	Ingreso

Firmado por: LUZ STELLA CARDONA OSORIO, ENFERMERIA, Reg: N/A

Fecha y hora de firma: 12/07/2018 19:05

HISTORIA DE EVOLUCIÓN

TIPO DE EVOLUCIÓN: EVOLUCION PREQUIRURGICA **ESPECIALIDAD:** ENFERMERIA **UBICACIÓN:** CIRUGIA **SEDE:** CLINICA
PRUEBAS FECHA: 12/07/2018 19:05

SUBJETIVO

ALERGIAS: NEGATIVA

Grupo/Rh: O +

Tel / Cel. 3117740717 3104455209

Procedimiento Quirúrgico: AMIGDALECTOMIA + TURBINOPLASTIA

Lado: NO APLICA

Cirujano: DRA. CLAUDIA LILIANA MERA

OBJETIVO

Fecha y hora de cirugía: CX: 13 / JULIO /2018 Hora Cx: 8 Am

Hora Llegada: 6 A m

Consentimiento Informado: Si

PARACLÍNICOS: Fecha: REVISADOS POR LA ANESTESIOLOGA

ANÁLISIS

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: NO REFIERE ANTECEDENTES PERSONALES

Medicamentos: NO TOMA

Preanestésica por: DRA. CAROLINA TIGREROS

Entrega de: Guía para el usuario SI Derechos y Deberes SI

Osteosíntesis (Cirugía e IPS): NO APLICA

PLAN

DATOS ADMINISTRATIVOS: Autorización en: Preadmisión

BENEFICIARIA: SI Copago: SI

Autorización Copia: NO Historia Clínica: SI Acompañante: FAMILIAR

Menor de Edad Acompañado con: MAMA

Preadmisión: PASA CON CLAUDIA FLOREZ

JUSTIFICACIÓN PARA QUE EL PACIENTE CONTINUE HOSPITALIZADO HOY

OBSERVACIONES: PACIENTE AMBULATORIO

Registrado por: LUZ STELLA CARDONA OSORIO, ENFERMERIA, Reg: N/A



Apellidos:	MORALES RODRIGUEZ				
Nombre:	LUCIA DEL MAR				
Número de Id:	TI-1111548773				
Número de Ingreso:	9915458-1				
Sexo:	Femenino	Edad Ing.:	9 Años y 2 meses	Edad Act.:	15 Años y 6 meses
Ubicación:	PRE-QUIRURGICA			Cama:	
Servicio:	CIRUGIA				
Responsable:	RED UNIPS 2 COOMEVA				

EGRESO

UBICACIÓN: CIRUGIA, SEDE: CLINICA PRUEBAS, FECHA: 12/07/2018 19:06

CAUSA DE EGRESO: ALTA MEDICA

DIAGNÓSTICO DE EGRESO: AMIGDALITIS CRONICA

Firmado por: LUZ STELLA CARDONA OSORIO , ENFERMERIA , Reg: N/A

HISTORIA DE EVOLUCIÓN

TIPO DE EVOLUCIÓN: DESCRIPCION OPERATORIA ESPECIALIDAD: OTORRINOLARINGOLOGIA UBICACIÓN: PRE-QUIRURGICA
SEDE: CLINICA PRUEBAS FECHA: 13/07/2018 09:30

SUBJETIVO

Cirugía: Ambulatorio
Tipo de Cirugía: Electiva
Reintervención: No
Técnica Anestésica: General
Quirófano: SALA 6
Consentimiento Informado: Si
Profilaxis Quirúrgica: Si, ampicilina sulbactam

OBJETIVO

EQUIPO DE TRABAJO: ANESTESIOLOGO: DR.GUSTAVO GONZALEZ,CIRUJANO 1: DRA.CLAUDIA MERA,CIRCULANTE DE CIRUGIA: CHRISTIAN ROBLEDO,INSTRUMENTADOR QUIRURGICO: ERLY UZURRIAGA

ANÁLISIS

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA: BAJO ANESTESIA GENERAL
ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON YODADOS
SE COLOCA CAMPOS ESTERILES
SE REALIZA COLOCACION DE ABREBOCAS
SE REALIZA RESECCION DE AMIGDALA IZDA CON ADECUADO LINEAMIENTO SE CAUTERIZA CON ELECTROASPIRADOR
SE HACE HEMOSTASIA CON ELECTROASPIRADOR
SE RESECA AMIGDALA DERECHA
SE HACE HEMOSTASIA CON ELECTROASPIRADOR
SE PROCEDE A REALIZAR TURBINOPLASTIA INFERIOR BILATERAL
NO COMPLICACIONES
RECuento COMPLETO DE ALGODONES Y COMPRESAS

HALLAZGOS: AMIGDAALS HIPERTROFICOS CON CRIPTAS GRADO DOS TRES
CORNETES HIPERTROFICOS BILATERALES

PROCEDIMIENTOS: AMIGDALECTOMIA VIA ABIERTA, TURBINOPLASTIA VIA TRANSNASAL

PLAN

PLAN A SEGUIR: SALIDA CON ANALGESIA CUIDADOS EN CASA DIETA BLANDA

ÓRDENES MÉDICAS EXTERNAS

CUIDADOS EN CASA

13/07/2018 09:41 Reposo Relativo en Cama
primeros 2 dias cabecera elevada
no soanrse la nariz primeros 3 dias
colocar hielo alrededor de nariz y cuello por 3 dias

ORDENADO

13/07/2018 09:41 Realizar Actividades Fisicas Moderadas
no realizar fuerzas ni ejercicios fisicos intensos



Apellidos:	MORALES RODRIGUEZ				
Nombre:	LUCIA DEL MAR				
Número de Id:	TI-1111548773				
Número de Ingreso:	9915458-1				
Sexo:	Femenino	Edad Ing.:	9 Años y 2 meses	Edad Act.:	15 Años y 6 meses
Ubicación:	PRE-QUIRURGICA			Cama:	
Servicio:	CIRUGIA				
Responsable:	RED UNIPS 2 COOMEVA				

ORDENADO

13/07/2018 09:41 Vigilar Fiebre
primeros 3 dias puede subir fiebre y esta dentro de lo esperado m puede dar mal aliento , y van a aparecer palcas color leche condensada
de cicatrizacion de la garganta es normal

ORDENADO

13/07/2018 09:41 Solicitar Cita por Consulta Externa
julio 30 de 2018 12 pm consulta externa clinica d elos remedios

ORDENADO

13/07/2018 09:41 Cumplir Tratamiento Medico Indicado
no es normal sangrado ´por boca o nariz abundante , consultar por urgencias si eso pasa

ORDENADO

13/07/2018 09:41 Cumplir Dieta Indicada
dieta liquida y blanda primeros 10 dias no consumir cosas secas o duras o muy calientes , abundantes liquidos , gelatina , helado , cremas ,
pure todo blando

ORDENADO

Firmado por: CLAUDIA LILIANA MERA OCAMPO, OTORRINOLARINGOLOGIA, Reg: 5195 2003



Apellidos:	MORALES RODRIGUEZ				
Nombre:	LUCIA DEL MAR				
Número de Id:	TI-1111548773				
Número de Ingreso:	9915458-1				
Sexo:	Femenino	Edad Ing.:	9 Años y 2 meses	Edad Act.:	15 Años y 6 meses
Ubicación:	PRE-QUIRURGICA			Cama:	
Servicio:	CIRUGIA				
Responsable:	RED UNIPS 2 COOMEVA				

Fecha Ingreso	DD	MM	AAAA	Hora Ingreso	15:50
	12	7	2018		

Fecha Egreso	DD	MM	AAAA	Hora Egreso	15:00
	13	7	2018		

HISTORIA CLINICA DE CIRUGÍA

ACTO QUIRÚRGICO: 1 Ubicación: PRE-QUIRURGICA Sede: CLINICA PRUEBAS

Fecha de Ingreso al Quirófano: 13/07/2018 08:10 Fecha de Salida al Quirófano: 13/07/2018 09:45

Fecha - Hora Inicio Cirugía: 13/07/2018 08:15 Fecha - Hora Fin Cirugía: 13/07/2018 09:45

Fecha - Hora Inicio Anestesia: 13/07/2018 08:14 Fecha - Hora Fin Anestesia: 13/07/2018 09:45

Paciente: Ambulatorio

Tipo de Cirugía: Electiva Causa de la Urgencia: --

Reintervención: No Causa de la Reintervención: --

Técnica Anestésica: General Quirófano: SALA 6

Consentimiento Informado: Si

Profilaxis Quirúrgica: Si ampicilina sulbactam

DESCRIPCIÓN OPERATORIA

DESCRIPCIÓN #: 1
FECHA DE REGISTRO: 13/07/2018 09:38

DIAGNÓSTICOS PREQUIRÚRGICOS:					
FECHA-HORA	CÓDIGO	NOMBRE DIAGNÓSTICO	TIPO	ESTADO	PRIMARIO/ SEGUNDARIO
13/07/2018 09:30	J343	HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES	Quirúrgico	Confirmado	Secundario
13/07/2018 09:30	J350	AMIGDALITIS CRONICA	Quirúrgico	Confirmado	Primario

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA

BAJO ANESTESIA GENERAL
ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON YODADOS
SE COLOCA CAMPOS ESTERILES
SE REALIZA COLOCACION DE ABREBOCAS
SE REALIZA RESECCION DE AMIGDALA IZDA CON ADECUADO LINEAMIENTO SE CAUTERIZA CON ELECTROASPIRADOR
SE HACE HEMOSTASIA CON ELECTROASPIRADOR
SE RESECA AMIGDALA DERECHA
SE HACE HEMOSTASIA CON ELECTROASPIRADOR
SE PROCEDE A REALIZAR TURBINOPLASTIA INFERIOR BILATERAL
NO COMPLICACIONES
RECuento COMPLETO DE ALGODONES Y COMPRESAS

HALLAZGOS

AMIGDAALS HIPERTROFICOS CON CRIPTAS GRADO DOS TRES
CORNETES HIPERTROFICOS BILATERALES

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

CÓDIGO	NOMBRE PROCEDIMIENTO	VÍA	REGIÓN TOPOGRÁFICA	CLASE DE HERIDA
282101	AMIGDALECTOMIA VIA ABIERTA	A	Cara	Limpia Contaminada
219302	TURBINOPLASTIA VIA TRANSNASAL	A	Cara	Limpia Contaminada



Apellidos:	MORALES RODRIGUEZ				
Nombre:	LUCIA DEL MAR				
Número de Id:	TI-1111548773				
Número de Ingreso:	9915458-1				
Sexo:	Femenino	Edad Ing.:	9 Años y 2 meses	Edad Act.:	15 Años y 6 meses
Ubicación:	PRE-QUIRURGICA			Cama:	
Servicio:	CIRUGIA				
Responsable:	RED UNIPS 2 COOMEVA				

COMPLICACIONES: No

INFORMACIÓN ADICIONAL

Recuento de Compresas: Completo

Pérdida Sanguínea: Si Cantidad: 30 ml.

DIAGNÓSTICOS POSTQUIRÚRGICOS

FECHA-HORA	CÓDIGO	NOMBRE DIAGNÓSTICO	TIPO	ESTADO	PRIMARIO/SEGUNDARIO
13/07/2018 09:30	J350	AMIGDALITIS CRONICA	Quirúrgico	Confirmado	Primario
13/07/2018 09:30	J343	HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES	Quirúrgico	Confirmado	Secundario

PLAN

SALIDA CON ANALGESIA CUIDADOS EN CASA DIETA BLANDA

ÓRDENES MÉDICAS EXTERNAS

CUIDADOS EN CASA

13/07/2018 09:41 Realizar Actividades Fisicas Moderadas
no realizar fuerzas ni ejercicios fisicos intensos

ORDENADO

13/07/2018 09:41 Solicitar Cita por Consulta Externa
julio 30 de 2018 12 pm consulta externa clinica d elos remedios

ORDENADO

13/07/2018 09:41 Vigilar Fiebre
primeros 3 dias puede subir fiebre y esta dentro de lo esperado m puede dar mal aliento , y van a aparecer palcas
color leche condensada de cicatrizacion de la garganta es normal

ORDENADO

13/07/2018 09:41 Cumplir Tratamiento Medico Indicado
no es normal sangrado ´por boca o nariz abuindante , consultar por urgencias si eso pasa

ORDENADO

13/07/2018 09:41 Cumplir Dieta Indicada
dieta liquida y blanda primeros 10 dias no consumir cosas secas o duras o muy calientes , abundantes liquidos ,
gelatina , helado , cremas , pure todo blando

ORDENADO

13/07/2018 09:41 Reposo Relativo en Cama
primeros 2 dias cabecera elevada
no soarse la nariz primeros 3 dias
colocar hielo alrededor de nariz y cuello por 3 dias

ORDENADO

LABORATORIOS

13/07/2018 09:41 ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO
hipetrtrofia de amigdalas severa con amigdalitis cronica y obastruccion nasal
hipertrofia de amigdalas y cornetes

ORDENADO

Firmado por: CLAUDIA LILIANA MERA OCAMPO, OTORRINOLARINGOLOGIA, Registro: 5195 2003

EQUIPO DE TRABAJO



Apellidos:	MORALES RODRIGUEZ				
Nombre:	LUCIA DEL MAR				
Número de Id:	TI-1111548773				
Número de Ingreso:	9915458-1				
Sexo:	Femenino	Edad Ing.:	9 Años y 2 meses	Edad Act.:	15 Años y 6 meses
Ubicación:	PRE-QUIRURGICA			Cama:	
Servicio:	CIRUGIA				
Responsable:	RED UNIPS 2 COOMEVA				

DR.GUSTAVO GONZALEZ, ANESTESIOLOGO

DRA.CLAUDIA MERA, CIRUJANO 1

CHRISTIAN ROBLEDO, CIRCULANTE DE CIRUGIA

ERLY UZURRIAGA, INSTRUMENTADOR QUIRURGICO

Registrado por: EDUARDO ROBLEDO ROBLEDO MOLINA, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Reg: 76-1707



Clínica Nuestra Señora de los Remedios

Código: SMD-FR 012

Formato: Consentimiento Procedimientos
Intervencionistas

Fecha: 20/Feb/2008

Página 1 de 1

Dr. Otoniel Donopolo

Especialista Claudia L. Mera

Yo * Martha Jimena Rodriguez mayor de edad identificado con

C.C. * 38793495 actuando en nombre propio o como representante legal de

Wanda del Mar Morales

DECLARO

Que he acudido a consulta de ORL el día 18/02/08

con el Doctor Claudia L. Mera habiendo sido atendido, interrogado sobre antecedentes, examinado,

mi diagnóstico es Amigdalitis crónica + hipertrofia

Existiendo las alternativas siguientes 5 Me ha

advertido de los posibles efectos colaterales 5 y de los riesgos

previstos sonoridad, obstrucción, pérdida de voz,

dolor, infección, alteración gusto y alteración voz.

Además que existen otros riesgos y molestias del tratamiento muy poco frecuentes, pero que pueden ser graves e incluso fatales.

A la vez que ha respondido a las preguntas que le he formulado, de manera comprensible para mí.

También me ha informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento.

Por tanto consiento que se me realice Amigdalectomía + Tubinoplastia por caso de

precisar anestesia, que use la más pertinente, si se da la circunstancia de que la anestesia fuera general, autorizo a variar el

procedimiento para el que he dado mi consentimiento, en el mismo acto si ello fuera imprescindible

Si mi caso puede ser de utilidad científica y a tal fin se toman fotografías y videos, autorizo a que sean proyectadas solamente

para fines científicos siempre y cuando se me garantice el mas absoluto respeto a mi intimidad y anonimato.

Autorizo la presencia de estudiantes de medicina y especialistas en formación en el tratamiento.

Firma paciente * Martha Jimena Rodriguez

Firma Médico Claudia L. Mera O.

OTODRINOLARINGOLOGÍA

R.M. 765195/03 - UNIVALLE

En Abul a 2 de 2008

Rechazo tratamiento y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma Paciente

Firma Testigo

Firma Médico

Abimó
Menor de edad

	Clínica Nuestra Señora de los Remedios	Código: DMD-FR-028
	Formato: Consentimiento Anestésico	Fecha: 29/Abr/2008

Yo, Martha Jimena Rodríguez, mayor de edad e identificado con C.C. No. 38993475 de Luca del mar Morales declaro, que he acudido a la consulta pre-anestésica, he sido interrogado y examinado por el médico anesthesiologo, quien me ha explicado en forma clara y en lenguaje sencillo los riesgos previstos relacionados con las técnicas anestésicas, aclarando todas mis dudas, por lo que autorizo la técnica anestésica necesaria para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto amigdalectomía + turbinoplastia.

1. El Doctor Guillermo A. Gonzalez me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, ya sea técnica anestésica regional y/o general, en mí o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos secundarios más frecuentes son dolor, náuseas, vómito, mareo, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes y hematomas alrededor de las venas o arterias puncionadas, entre otras. Las complicaciones más graves pero muy poco frecuentes incluyen desde lesión del sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, infecciosas, meningitis, convulsiones, coma), y/o periférico (neuritis, aracnoiditis, déficit motor y/o sensitivo, transitorio y/o definitivo, paraplejía), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o tráquea, laringoespasma, broncoespasma, neumonía, broncoaspiración, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, isquemia y/o infarto del miocardio, para cardiorespiratorio, falla renal, trombosis, embolismo pulmonar o embolia cerebral, hipertermia maligna y hasta la muerte.

2. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas satisfactoriamente.

3. Entiendo que durante el curso de anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieren cambiar los procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el anesthesiologo obrará en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primera prioridad.

4. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.

5. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anesthesiologo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias tóxicas como alcohol, cigarrillos o drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entendiéndolo que si no las sigo, mi vida y mi salud podrán verse afectadas.

13-07-2018
Fecha

Martha Jimena Rodríguez
Nombre y firma del paciente o persona
Responsable (Parentesco y/o Relación)

[Firma]
Firma Anestesiólogo

1
Firma - Nombre de Testigo

