



E.S.E.

RAFAEL TOVAR POVEDA

## HISTORIA CLINICA

## E.S.E RAFAEL TOVAR POVEDA - IPS BELEN

NIT: 900211477-1

COD. HABILITACION 180940200301

CALLE 4 CARRERA 7 A ESQUINA BARRIO CAJA AGRARIA BELEN DE LOS ANDAQUIES - CAQUETÁ  
3138769363

Ingreso: 0000064553

TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA

IDENTIFICACIÓN: 4913077

PACIENTE: ORREGO VIDALES JOSE OLIDER

GENERO: MASCULINO

ETNIA: OTRAS ETNIAS

ESTADO CIVIL: CASADO(A)

ACUDIENTE:

FECHA NACIMIENTO: 04/04/1959

EDAD: 62 AÑOS 5 MESES 13 DÍAS

MUNICIPIO: CAQUETÁ-BELEN DE LOS

ANDAQUIES

EMPRESA INGRESO: ASMET SALUD EPS SAS

TIPO AFILIACIÓN: SUBSIDIADO

OCUPACIÓN: NO SE TIENE INFORMACION

FECHA DE INGRESO: 17/09/2021 07:39

FECHA DE EGRESO: 17/09/2021 07:39

TELÉFONO: 3145855342

RESIDENCIA: BARRIO EL JARDIN

CAUSA EXTERNA: ENFERMEDAD GENERAL

## ANAMNESIS

MOTIVO DE LA CONSULTA: QUIERO SABER SI TENGO EL AZUCAR NORMAL

PACIENTE MASCULINO DE 62 AÑOS DE EDAD, CON HTA y DMT2 (IR; HbA1C 7.58% [07/2021]) CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS ASOCIADAS, ADEMÁS ANTECEDENTES DE INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 (08/2020).

CON POSTERIOR AMPUTACIÓN SUPRACONDILEA POR TVP DE MID (PROVOCADA [POST-COVID 08/2020]) (\*\*SEGÚN HC\*\*)

REFIERE DESEA TENER ESTADO ACTUAL DE SUS PATOLOGIAS DE BASE

PARACLINICOS

08/07/2021 GLUCOSA 180 MG

07/07/2021 HBA1C 7.58

ENFERMEDAD ACTUAL:

EXAMEN FISICO TA 100/60 AMPUTACIÓN SUPRACONDILEA DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO, RESTO NORMAL  
PACIENTE EN EL MOMENTO EN BUEN ESTADO GENERAL, ADECUADO ESTADO METABOLICO PATOLOGIAS DE BASE  
CON ADECUADO CONTROL, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

## ANTECEDENTES

## PERSONALES:

PATOLÓGICOS:

COVID HACE 12 MESES CON POSTERIOR AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO SECUNDARIO A TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

TRAUMATOLÓGICOS:

NO REFIERE

QUIRURGICOS:

NO REFIERE

INMUNOLÓGICOS:

NO REFIERE

TRANSMISION SEXUAL:

NO REFIERE

ALERGICOS:

NO REFIERE

FARMACOLÓGICOS:

NO REFIERE

TOXICOS:

NO REFIERE

NUTRICIONALES:

NO REFIERE

VACUNACIÓN:

NO REFIERE

CRECIMIENTO Y

NO REFIERE

DESARROLLO:

NO REFIERE

PERINATALES:

NO REFIERE

## FAMILIARES:

QUIRURGICOS:

NO REFIERE

FARMACOLOGICOS:

NO REFIERE

PATOLOGICOS:

NO REFIERE

ALERGICOS:

NO REFIERE

## REVISIÓN POR SISTEMA:

CABEZA:

NO REFIERE

OJOS:

NO REFIERE

NARIZ:

NO REFIERE

OROFARINGE:

NO REFIERE

CUELLO:

NO REFIERE

RESPIRATORIO:

NO REFIERE

NEUROLÓGICO:

NO REFIERE

ENDOCRINO:

NO REFIERE

MUSCULO(ESQUELÉTICO):

NO REFIERE

HEMATOPOYÉTICO:

NO REFIERE

LINFORRETICULAR:

NO REFIERE

PSIQUIÁTRICO:

NO REFIERE

PIEL:

NO REFIERE

CARDIOVASCULAR:

NO REFIERE

GASTRO-INTESTINAL:

NO REFIERE

GINECOLÓGICO:

NO REFIERE

UROLÓGICO:

NO REFIERE

OTROS:

## SIGNOS VITALES:

TENSIÓN ARTERIAL : 100/60 mmHg  
FRECUENCIA CARDIACA : 65 X minuto  
FRECUENCIA RESPIRATORIA : 20 X minutoSATURACIÓN DE OXIGENO : 100.0 %  
GLUCOMETRIA : 1 mg/dl  
TEMPERATURA : 37.0 °CPESO : 75.00 Kg  
TALLA : 1.65 Cm  
IMC : 275482.09  
M2 : 1.86





E.S.E.

RAFAEL TOVAR POVEDA

# HISTORIA CLINICA

E.S.E RAFAEL TOVAR POVEDA - IPS BELEN

NIT: 900211477-1

COD. HABILITACION 180940200301

Ingreso: 0000064553 | CC-4913077 ORREGO VIDALES JOSE OLIVERA 4 CARRERA 7 A ESQUINA BARRIO CAJA AGRARIA BELEN DE LOS ANDAQUIES - CAQUETÁ  
3138769363

## EXAMEN FÍSICO:

**ASPECTO GENERAL:** BUEN ESTADO GENERAL, CONDICIÓN NORMAL.  
**CABEZA:** NORMOCEFALO, SIN DEFORMIDADES.  
**OJOS:** CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERÓTICAS ANICTERICAS, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ.  
**OIDOS:** CONDUCTOS AUDITIVOS EXTERNOS SIN ALTERACIONES, TÍMPANOS ÍNTEGROS, SIN SANGRADOS NI SECRECIONES.  
**NARIZ:** SIN RINORREA FOSAS PERMEABLES  
**OROFARINGE:** MUCOSA ORAL HÚMEDA, SIN SANGRADOS, SIN SECRECIONES. LENGUA Y FARINGE SIN ALTERACIONES  
**CUELLO:** CENTRAL SIN DEFORMIDADES, SIN MASAS NI MEGALIAS.  
**TORAX:** SIN DEFORMIDADES.  
**PULMONAR:** RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES SIN AGREGADOS.  
**CARDIOVASCULAR:** RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS.  
**PERFUSIÓN:** BUEN LLENADO CAPILAR, PULSOS SIMÉTRICOS Y PALPABLES.  
**ABDOMEN:** BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI MEGALIAS, PERISTALTISMO NORMAL, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.  
**EXTREMIDADES:** SIMÉTRICAS SIN DOLOR NI LIMITACIÓN CON EL MOVIMIENTO, SIN EDEMAS.  
**GENITOURINARIO:** SIN ALTERACIONES.  
**NEUROLÓGICO:** SIN DÉFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE.  
**PIEL:** SIN ALTERACIONES.

## OBSERVACIONES:

## EXAMEN MENTAL:

**CONCIENCIA:** PACIENTE ALERTA  
**LENGUAJE:** LENGUAJE CLARO, PROSÓDICO  
**ORIENTACIÓN:** ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA  
**SENSOPERCEPCIÓN:** SIN ALTERACIONES DE LA SENSOPERSEPCIÓN  
**ATENCIÓN:** EUPROSÉXICO  
**MEMORIA:** SIN ALTERACIONES DE LA MEMORIA RECIENTE Y REMOTA  
**INTELIGENCIA:** IMPRESIONA EN EL PROMEDIO DE INTELIGENCIA  
**AFECTO:** AFECTO MODULADO CONGRUENTE Y RESONANTE  
**ANIMO:** EUTÍMICO  
**PENSAMIENTO:** PENSAMIENTO CON ORIGEN LÓGICO, CURSO FLUIDO ACORDE A LA REALIDAD CON IDEAS DE PROGRESO Y SUPERACIÓN  
**JUICIO:** JUICIO CONSERVADO COHERENTE Y REAL  
**CONDUCTA:** CONDUCTA MOTORA SIN ALTERACIONES, VOLICIÓN CONSERVADA  
**INTROSPECCIÓN:** INTROSPECCIÓN POSITIVA  
**PROSPECCIÓN:** PROSPECCIÓN POSITIVA REALISTA Y ADECUADA

## DIAGNOSTICO:

**TIPO DE DIAGNOSTICO:** IMPRESION DIAGNOSTICA  
**PRINCIPAL:** I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)  
**SECUNDARIO:** E119 - DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION  
**SECUNDARIO:** Y835 - AMPUTACION DE MIEMBRO(S)  
**SECUNDARIO:** Z740 - PROBLEMAS RELACIONADOS CON MOVILIDAD REDUCIDA

## RECOMENDACIONES:

## RESULTADO AYUDAS DIAGNOSTICAS:

## CONDUCTA:

## NOTA ACLARATORIA:

*[Firma]*

JHON ALEXANDER SANTAMARIA  
DELGADO  
Documento: 84457273

REGISTRO PROFESIONAL: 84457273  
MEDICINA GENERAL

SURS

Impreso por: JHON SANTAMARIA  
Fecha de impresión: 17 DE SEPTIEMBRE DE 2021 07:39:35 AM





**Datos Paciente**

|                   |                                                                         |         |            |                   |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------|------------|-------------------|
| Identificación:   | CC                                                                      | 4913077 | Fecha Nac. | 04/04/1959        |
| Nombre Completo : | ORREGO VIDALES, JOSE OLIDER                                             |         | Edad:      | 62 años y 17 días |
| Dirección :       | BELEN DE LOS ANDAQUIES - Cabecera Municipal - Zona Urbana - EL JARDIN - |         | Sexo:      | M                 |

**FOLIO No.: 959562**

Atendido(a) por: SANTAMARIA DELGADO, JHON ALEXANDER

Fecha Atención: abril 21 de 2021

Responsable de la Atención: SANTAMARIA DELGADO, JHON ALEXANDER

20/09/2021 09:43:18 a. m.



Calle 43 No. 1C-33 Urbanización Villa Nalalia  
Email: mvdidregion13@gmail.com  
Celular 3214663831 - 4369210



# Resumen Atencion Historia Clinica - BELEN DE LOS ANDAQUIES

Paciente : CC 4913077 ORREGO VIDALES, JOSE OLIDER

## Planes, Observaciones, Recomendaciones y Comentarios

PACIENTE MASCULINO DE 62 AÑOS DE EDAD ACUDE CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES, LA CUAL ESTA CONTROLADA, ASISTE SIN ACOMPAÑANTE REFIERE HABERSE SENTIDO BIEN EN EL ÚLTIMO MES.

HBA1C 12.2  
HBA1C 27/09/2019 8.75 MAL CONTROL METABOLICO  
HBA1C 20/12/2019 8.1 MAL CONTROL METABOLICO  
HBA1C 12/06/2020 8.07  
INSULINA DEGLUDEC 15 UI NOCHE +  
INSULINA ASPART 3 UI CON LAS COMIDAS  
ANTECEDENTES DE INFECCION POR COVID HACE 2 MESES CON POSTERIOR AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO SECUNDARIO A TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

EXAMEN FISICO:  
TA: 100/60, PESO: 75KG, TALLA: 165. IMC: 27.5 SOBREPESO , TFG: 81.4 IRC ESTADIO II PA 108  
NO PRESENTA ALGUN GRADO DE DISCAPACIDAD  
TABAQUISMO SI -COCINO CON LEÑA SI  
NORMOCEFALO, PUPILAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ, FONDO DE OJO: ROJO PUPILAR PRESENTE, HUMEDA, CUELLO MOVIL, SIN ADENOPATIAS PALPABLES.  
TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS PULMONES, SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS.  
ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, DIURESIS POSITIVA Y EFECTIVA.  
TACTO RECTAL NO REALIZADO PACIENTE NO LO PERMITE, EXTREMIDADES EUTROFICAS, MOVILES, SIN EDEMA. PIES INTEGROS, SIN LESIONES, NO PIE DIABETICO NO ACANTOSIS NIGRANS.  
SE EVALUA TEST DE MORRISKI PACIENTE CON ADECUADA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO RIESGO CARDIOVASCULAR MODERADO  
SE EDUCA AL PACIENTE SOBRE LA IMPORTANCIA DE IMPLEMENTACION DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y SOBRE SIGNOS DE ALARMA DE SU PATOLOGIA DE BASE.  
RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE:  
SE DA CONSEJERIA SOBRE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES, , ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y PREVENCIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SE FOMENTA ADHERENCIA AL MANEJO FARMACOLÓGICO, REALIZACIÓN DE PARACLÍNICOS INDICADOS, DISMINUIR INGESTA DE SAL, GRASAS, AUMENTAR INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA 150 MINUTOS POR SEMANA  
SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS:  
ASISTIR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTA: DOLOR DE CABEZA INTENSO, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, VOMITO PERSISTENTE, DOLOR DE PECHO, DIARREA CON SANGRE, FIEBRE QUE NO CEDE, SE LE PARALIZA UNA PARTE DEL CUERPO O DE LA CARA, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, MAREO, SE DESMAYA, VISION BORROSA, SENSACIÓN DE AHOGO, SE LE HINCHAN LAS PIERNAS.

PLAN: IGUAL MANEJO MEDICO.

IDX: HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA CONTROLADA  
DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADA  
SOBREPESO  
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA ESTADIO 2.  
PROXIMA CITA: 21/07/21 CON MEDICO

Responsable de la Atención: SANTAMARIA DELGADO, JHON ALEXANDER

20/09/2021 09:43:18 a. m.



"SOMOS EL UNICO CABLE OPERADOR QUE EMITE EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO"  
Email: mvidayregion13@gmail.com -  
Calle 43 No. 1C-33 Urbanización Villa Natalia Celular 3214633831 - 4362210



## Resumen Historia Clínica Urgencias BELEN DE LOS ANDAQUIES

Historias  
Clínicas

### Datos Paciente

Identificación: CC 4913077  
Nombre Completo: ORREGO VIDALES, JOSE OLIDER  
Dirección: BELEN DE LOS ANDAQUIES - Cabecera Municipal - Zona Urbana - EL JARDIN -

Fecha Nac. 04/04/1959  
Edad: 61 años, 3 meses y  
Sexo: M

FOLIO No.: 826042

Fecha Atención: julio 21 de 2020

Atendido(a) por: ORTIZ MARTINEZ, EVER DANIEL

### Ingresa Paciente

Ingreso Al Servicio: 07-21-2020 12:49 Fecha y Hora Atención 07-21-2020  
Condición Paciente: Consciente Propios Medios SI  
Causa de Atención: SIGO ENFERMO  
PACIENTE CON FEBRICULA, TAQUICARDICO, DESHIDRATADO, CON SINTOMAS RESPIRATORIOS, S E  
INGRESA A AREA COVID.  
Categorización: 3  
Análisis Triage:

### Anamnesis

Motivo Consulta: "SIGO ENFERMO"

Enfermedad Actual: PACIENTE MASCULINO DE 61 AÑOS CON ANTECEDENTE DE DM TIPO II INSULINO REQUIRIENTE CONTROLADA QUIEN INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN PICOS FEBRILES NO CUANTIFICADOS, POLIARTRALGIAS, MIALGIAS, ROS NO PRODUCTIVA, NO EMEITANTE, ODINOFAGIA Y DISFAGIA ASOCIADO A POLAQUIURIA, PACIENTE QUIEN CONSULTO EL DIA SABADO CON DICHA SINTOMATOLOGIA LA CUAL DECIDIERON HOSPITALIZAR Y TOMA DE MUESTRA POR HISOPADO NASOFARINGEO PARA COVID 19 PERO EL DECIDE FIRMAR RETIVO VOLUNTARIO PESE A CONSEJERIA DE PERSONAL DE SALUD, RAZON POR LA CUAL CONSULTA  
ANTECEDENTES  
PATOLOGICOS: DM TIPO II INSULINO REQUIRIENTE CONTROLADA  
ALERGICOS: NIEGA  
QUIRURGICOS: NIEGA

Finalidad de la Atención: No Aplica

Causa Externa: Enfermedad General

| Antecedentes                           | Valor            | Comentario | Alerta |
|----------------------------------------|------------------|------------|--------|
| Familiares                             |                  |            |        |
| Hipertensión                           | No               | NIEGA      | NO     |
| Diabetes                               | Si               | HERMANA    | NO     |
| EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva) | No               | NIEGA      | NO     |
| Descripción General                    | HERMANA Y TIO DM |            | NO     |
| Otros                                  | NIEGA            |            | NO     |
| Personales                             |                  |            |        |
| ERC (Enfermedad Renal Crónica)         | No               |            | SI     |
| Hipertensión                           | Si               |            | SI     |

Responsable de la Atención: ORTIZ MARTINEZ, EVER DANIEL

21/07/2020 13:53:26



# Resumen Atención Historia Clínica - BELEN DE LOS ANDAQUIES

Paciente : CC 4913077 ORREGO VIDALES, JOSE OLIDER

## Ingreso Urgencias

Fecha Hora Ingreso: 21/07/2020 12:55:09 Propios Medios True

Condicion Paciente:

Responsable Ingreso: ORTIZ MARTINEZ, EVER DANIEL

## Diagnósticos de Ingreso

|      |                                      |
|------|--------------------------------------|
| R500 | DX PRINCIPAL : FIEBRE CON ESCALOFRIO |
|      | Impresión Diagnóstica                |
| R53X | MALESTAR Y FATIGA                    |
|      | Impresión Diagnóstica                |
| R13X | DISFAGIA                             |
|      | Impresión Diagnóstica                |
| M791 | MIALGIA                              |
|      | Impresión Diagnóstica                |
| R05X | TOS                                  |
|      | Impresión Diagnóstica                |

| Signos Vitales      | Frecuencia Cardíaca | Frecuencia Respiratoria | Presión Sanguínea |            | Temperatura |
|---------------------|---------------------|-------------------------|-------------------|------------|-------------|
|                     |                     |                         | Sistólica         | Diastólica |             |
| Fecha Toma          |                     |                         |                   |            |             |
| 21/07/2020 12:49:55 | 128                 | 21                      | 104               | 69         | 37.8        |

## Diagnósticos Consulta

|      |                       |
|------|-----------------------|
| R05X | DX PRINCIPAL : TOS    |
|      | Confirmado Nuevo      |
| R500 | FIEBRE CON ESCALOFRIO |
|      | Confirmado Nuevo      |
| M791 | MIALGIA               |
|      | Confirmado Nuevo      |
| R11X | NAUSEA Y VOMITO       |
|      | Confirmado Nuevo      |

## Notas Evolución

21/07/2020 12:50:00 Notas de Enfermería

ANTURY CICERY, PAOLA ANDREA

00

21/07/2020 12:55:59 Comentarios

ORTIZ MARTINEZ, EVER DANIEL

PACIENTE MASCULINO DE 61 AÑOS CON ANTECEDENTE DE DM TIPO II INSULINO REQUIRIENTE CONTROLADA CON CUADRO DESCRITO, SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DECIDO REDIRECCIONAR A AREA COVID HOSPITALIZACION PARA REALIZAR RESTO DE MANEJO MEDICO Y POR ENFERMERIA, SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR LA CUAL REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

## Control de Medicamentos

| Fecha Hora Toma | Item | Descripción | Posología |
|-----------------|------|-------------|-----------|
|-----------------|------|-------------|-----------|

## Control de Materiales

Responsable de la Atención: ORTIZ MARTINEZ, EVER DANIEL

21/07/2020 13:53:26

ROSSY RIVERA  
 ENFERMERA  
 C.C. 1.144.02.194



# Resumen Atención Historia Clínica - BELEN DE LOS ANDAQUIES Paciente : CC 4913077 ORREGO VIDALES, JOSE OLIDER

|                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |  |         |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--|---------|
| Resumen Atención Historia Clínica - BELEN DE LOS ANDAQUIES |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |  | Pag 274 |
| Paciente : CC 4913077 ORREGO VIDALES, JOSE OLIDER          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |  | SI      |
| Diabetes                                                   | No                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | HTA                |  | NO      |
| Patológicos                                                | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | DISLIPIDEMIA       |  | NO      |
|                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | DIABETES MELLITUS  |  | NO      |
| Quirúrgicos                                                | No                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NIEGA              |  | NO      |
| Alérgicos / Tóxicos                                        | No                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NIEGA              |  | NO      |
| Psiquiátricos                                              | No                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NIEGA              |  | SI      |
| Otros                                                      | NIEGA                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |  | SI      |
| EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)             | No                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                    |  | NO      |
| Fecha Diagnóstico Hipertensión                             | 2017-10-30 00:00:00                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                    |  | NO      |
| Fecha Inicia Control Hipertensión                          | 2017-10-30 00:00:00                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NIEGA              |  | NO      |
| Fisiológicos                                               | No                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | LOSARTAN 50 MG DIA |  | NO      |
| Farmacológicos                                             | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NIEGA              |  | NO      |
| Metabólicos                                                | No                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NIEGA              |  | NO      |
| EPOC Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica               | No                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NIEGA              |  | NO      |
| No de Diabetes                                             | No Aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NIEGA              |  | NO      |
| Etiología de ERC                                           | No Aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                    |  | NO      |
| Sexuales                                                   | No Planifica                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                    |  | Alerta  |
| Método de Planificación Actual                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Valor              |  |         |
| Exploraciones                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |  |         |
| Exámen por Sistemas                                        | SIN DEFORMIDAD, CONJUNTIVAS NORMALES, PUPILAS ISOCÓRICAS, NORMOREACTIVAS A LA LUZ Y A LA ACOMODACIÓN, OROFARINGE NORMAL.                                                                                                                                                                                     |                    |  | NO      |
| Cabeza                                                     | SIN INGURGITACION YUGULAR, NO SE PALPAN ADENOMEGALIAS, TIROIDES NO PALPABLE, TRAQUEA CENTRAL.                                                                                                                                                                                                                |                    |  | NO      |
| Cuello                                                     | SIN DEFORMIDAD, NO HAY CIRCULACIÓN COLATERAL. AUSCULTACIÓN PULMONAR NORMAL. RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS U AGREGADOS, NO HAY FROTE O FRÉMITOS.                                                                                                                                                      |                    |  | NO      |
| Tórax                                                      | SIN CIRCULACIÓN COLATERAL, NO HAY CICATRICES, RUIDOS INTESTINALES NORMALES, NO SE PALPAN MASAS O MEGALIAS, NO HAY DOLOR O DEFENSA MUSCULAR, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL                                                                                                                               |                    |  | NO      |
| Abdomen                                                    | SIN ALTERACION                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                    |  | NO      |
| Genitourinario                                             | PULSOS PERIFÉRICOS NORMALES, NO HAY VÁRICES EN MIEMBROS INFERIORES, NO EDEMAS.                                                                                                                                                                                                                               |                    |  | NO      |
| Extremidades                                               | NO HAY DEFORMIDAD O EDEMA ARTICULAR                                                                                                                                                                                                                                                                          |                    |  | NO      |
| Osteo Articular                                            | NORMAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |  | NO      |
| Vascular Periférico                                        | NORMAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |  | NO      |
| Piel y Faneras                                             | ALERTA, ORIENTADO, CON ADECUADO CURSO Y CONTENIDO DEL PENSAMIENTO, NO HAY ALTERACIÓN EN LA ABSTRACCIÓN, CÁLCULO O MEMORIA, PARES CRANEANOS NORMALES. TONO Y FUERZA MUSCULAR NORMAL. REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS: NORMALES, NO HAY REFLEJOS PATOLÓGICOS. COORDINACIÓN Y MARCHA NORMAL, SIGNOS MENINGEOS AUSENTES |                    |  | NO      |
| Neurológico                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |  |         |
| Exámen Físico                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |  |         |
| Peso en Kilogramos                                         | 70.00                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |  | NO      |
| Talla en Metros                                            | 1.70                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |  | NO      |
| Perímetro Abdominal                                        | 1.00                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |  | NO      |

Responsable de la Atención: ORTIZ MARTINEZ, EVER DANIEL

21/07/2020 13:53:26



Resumen Atención Historia Clínica - BELEN DE LOS ANDAQUIES

Paciente : CC 4913077 ORREGO VIDALES, JOSE OLIDER

Pag 4 / 4

Historias  
Clínicas

| Fecha Hora Toma                         | Item | Descripción | Posología |
|-----------------------------------------|------|-------------|-----------|
| Control de Actividades y Procedimientos |      |             |           |
| Fecha Hora Toma                         | Item | Descripción | Posología |

Egreso Urgencias

Fecha Hora Egreso: 21/07/2020 12:55:55 Propios Medios SI

Causa Salida: 1

Responsable Salida: ORTIZ MARTINEZ, EVER DANIEL

Diagnósticos de Egreso

|      |                       |
|------|-----------------------|
| R05X | DX PRINCIPAL :TOS     |
|      | Impresión Diagnóstica |
| R500 | FIEBRE CON ESCALOFRIO |
|      | Impresión Diagnóstica |
| R11X | NAUSEA Y VOMITO       |
|      | Impresión Diagnóstica |
| M791 | MIALGIA               |
|      | Impresión Diagnóstica |

Firma del  
Paciente:

Firma del Profesional Responsable:

Firma de Enfermera(o)  
Auxiliar:

Dr. Daniel Ortiz M.  
MÉDICO GENERAL  
C.C. 121.926.460  
R.M. 550 2871

Responsable de la Atención: ORTIZ MARTINEZ, EVER DANIEL

21/07/2020 13:53:26





# NOTAS DE ENFERMERÍA

Código: AS-F026  
 Versión: 01  
 Fecha de vigencia: 01-02-2014  
 Página 1 de 2

HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE ☒ CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☐ CENTRO DE SALUD ALBANIA ☐ HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

A. IDENTIFICACION

SERVICIO: 4913077  
 Orqueras  
 Orrego

Nº CAMA:

Vidales

SEXO: M ☒ F ☐

EDAD: Años

Meses

Días

Nombres

## B- ORDENAMIENTO

Registre con tinta negra y legible, redacte en forma clara y sin faltas de ortografía. No deje espacios en blanco entre las notas. registre la fecha y hora precisa. Resumen cefalo caudal del estado del paciente que se está tratando, resaltar sus prioridades como son estado de conciencia, estado de la piel, infusión de líquidos por vía oral y endovenoso, observación de heridas, sitios de inserciones como tubos, drenes, sondas, etc.

2. Recuerde siempre firmar y sellar sus anotaciones.

## ANOTACIONES DE ENFERMERÍA

| FECHA |     |     | HORA<br>(24 horas) |
|-------|-----|-----|--------------------|
| DIA   | MES | AÑO |                    |

18 09 2020

10:00

Ingreso a consultorio a las 6:00  
 a orqueras en silla de  
 ruedas. con capucha de  
 familiares con orden para  
 lavado e irrigación en herida  
 site. poco material sangrino  
 plinto se dejó herida  
 cubierta con Gasa y venda  
 elastica. 10:30H. sale consultorio  
 en silla de ruedas en  
 capucha de familiares

FIRMA  
 SELLO

ELABORÓ

Laura Marroquin Mora  
 Oficina de Planeación y Calidad

REVISÓ

Subgerente Científica

APROBÓ

Aldemar Casadiego Jaime  
 Gerente



## NOTAS DE ENFERMERÍA

Código: AS-F026

Versión: 01

Fecha de vigencia: 01-02-2014

Página 1 de 2

HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE

CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☐

CENTRO DE SALUD ALBANIA ☐

HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

**A. IDENTIFICACION**

**SERVICIO:**

No. HISTORIA CLINICA

Nº CAMA:

SEXO: M ☒ F ☐

EDAD:

15

[illegible][illegible]

1er. Apellido

2º. Apellido

## Nombres

**B- ORDENAMIENTO**

- ORDENAMIENTO**
- Registre con tinta negra y legible, redacte en forma clara y sin faltas de ortografía. No deje espacios en blanco entre las notas. registre la fecha y hora precisa.
1. Registre los cuidados de enfermería, los procedimientos y tratamientos intravenosos, características y localización de catéteres. Resumen cefálo caudal del estado del paciente que se está tratando, resaltar sus prioridades como son estado de conciencia, estado de la piel, infusión de líquidos por vía oral y endovenosa, observación de heridas, sitios de inserciones como tubos, drenes, sondas, etc.
  2. Recuerde siempre firmar y sellar sus anotaciones.

| FECHA |     |     | HORA<br>(24 horas) | ANOTACIONES DE ENFERMERÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | FIRMA Y<br>SELLO |
|-------|-----|-----|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| DÍA   | MES | AÑO |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |
| 19    | 09  | 20  | 10:10              | <p>lupusa con mayor de 60 años de edad al servicio de urgencias en silla de ruedas en compañía de familiares con orden para lavado e irrigación en herida, no se evidencian signos de infección, sin salida de material purulento, se realiza con Soluvis Salin 0.9% y towee esponja, se deja abierto con gasa impregnada de furazem y venda elástica, Sale vivana del servicio de urgencias en silla de ruedas en compañía de familiar —</p> |                  |

ELABORÓ

Laura Marroquin Mora  
Oficina de Planeación y Calidad

REVISÓ

Subgerente Científica

**APROBÓ**

Aldemar Casadlegos Jaime  
Gerente



**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**  
**Rafael Tovar Poveda**  
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
 NIT. 900.211.477 - 1

**NOTAS DE ENFERMERÍA**

Código: AS-F026  
 Versión: 01  
 Fecha de vigencia: 01-02-2014  
 Página 1 de 2

HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE ☒ CENTRO DE SALUD ALBANIA ☐ HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

No. HISTORIA CLINICA 4913077

SEXO: M ☐ F ☐ EDAD: 61 Años Meses Días

Nº CAMA: 1022 Nombres: Oliber

**A. IDENTIFICACION**

SERVICIO: Urgencia

1er. Apellido: Oliber 2º. Apellido: Vidal

**B. ORDENAMIENTO**

Registre con tinta negra y legible, redacte en forma clara y sin faltas de ortografía. No deje espacios en blanco entre las notas. registre la fecha y hora precisa. Resumen cálido caudal del estado del paciente que se está tratando, resaltar sus prioridades como son estado de conciencia, estado de la piel, infusión de líquidos por vía oral y endovenoso, observación de heridas, sitios de inserciones como tubos, drenes, sondas, etc.

1. Registre los cuidados de enfermería, los procedimientos y tratamientos intravenosos, características y localización de catéteres.

2. Recuerde siempre firmar y sellar sus anotaciones.

**ANOTACIONES DE ENFERMERÍA**

| FECHA |     |      | HORA (24 horas) | FIRMA Y SELLO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
|-------|-----|------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| DIA   | MES | AÑO  |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| 21    | 09  | 2020 | 9:20            | <p>Ingreso a urgencia masculino de 61 años de edad al servicio de urgencia en silla de ruedas, en compañía de la madre de modo, en compañía de la madre para examen de realismo con un solo examen de 012/12 y 120 mmHg con valores normales por cirugía, en monitor para detectar por cirugía, se observa un de la herida, se ve un goteo fangoso de 7 se fue un sputo de 100 ml Solo curso en silla de ruedas del examen de urgencia, en compañía de la madre, con recomendación estable cursando</p> <p><i>Eduardo Casadiegos Jaime</i></p> |  |
|       |     |      |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|       |     |      |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|       |     |      |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|       |     |      |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|       |     |      |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|       |     |      |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|       |     |      |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|       |     |      |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|       |     |      |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |

|                                                         |                       |                                     |
|---------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| <b>ELABORÓ</b>                                          | <b>REVISÓ</b>         | <b>APROBO</b>                       |
| Laura Marroquin Mora<br>Oficina de Planeación y Calidad | Subgerente Científica | Aldemar Casadiegos Jaime<br>Gerente |



HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE ☒ CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☐ CENTRO DE SALUD ALBANIA ☐ HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

### A. IDENTIFICACION

|               |        |                      |  |              |                                       |                            |       |      |    |       |  |      |  |  |  |  |  |
|---------------|--------|----------------------|--|--------------|---------------------------------------|----------------------------|-------|------|----|-------|--|------|--|--|--|--|--|
| 4913077       |        | No. HISTORIA CLINICA |  |              |                                       |                            |       |      |    |       |  |      |  |  |  |  |  |
| SERVICIO:     | Orrego | N° CAMA:             |  | SEXO:        | M <input checked="" type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | EDAD: | Años | 61 | Meses |  | Días |  |  |  |  |  |
| Orrego        |        | Miguel.              |  | Jose Oliver. |                                       |                            |       |      |    |       |  |      |  |  |  |  |  |
| 1er. Apellido |        | 2º. Apellido         |  | Nombres      |                                       |                            |       |      |    |       |  |      |  |  |  |  |  |

## B- ORDENAMIENTO

Registre con tinta negra y legible, redacte en forma clara y sin fallas de ortografía. No deje espacios en blanco entre las notas. registre la fecha y hora precisa.

1. Registre los cuidados de enfermería, los procedimientos y tratamientos intravenosos, características y localización de catéteres. Resumen céfalo caudal del estado del paciente que se está tratando; resaltar sus prioridades como son estado de conciencia, estado de la piel, infusión de líquidos por vía oral y endovenoso, observación de heridas, sitios de inserciones como tubos, drenes, sondas, etc.
2. Recuerde siempre firmar y sellar sus anotaciones.

| FECHA |     |     | HORA       | ANOTACIONES DE ENFERMERÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | FIRMAY<br>SELLO                                                                       |
|-------|-----|-----|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| DIA   | MES | AÑO | (24 horas) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                       |
| 25    | 09  | 20. | 07+26      | <p>paciente usuario de 61 años de edad al servicio de urgencias con orden medica para recibir curacion en laa afectada, con prena exlu. con al prenu, siguiendo pab. m. y nomas de higiene. Se realiza curacion de herida con en pre. requerido debido a la amputacion del mismo desde la rodilla. Se realiza curacion con solucin Salin Normal 0.9%, con indice esponj. cuantando herida. Sin signos de infeccion, en salida de material por la. Se deja herida limpia, cubierta con gasa frías, fijada con esparidip. Sale usuario del Setor en compaña de su esposa, alerta orientada sin cujones. complicacion.</p> |  |

| ELABORÓ                                                 | REVISÓ                | APROBÓ                             |
|---------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| Laura Marroquín Mora<br>Oficina de Planeación y Calidad | Subgerente Científica | Aldemar Casadiego Jaime<br>Gerente |









MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**Rafael Tovar Poveda**  
- EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
Nit. 900.211.477-1

**HOJA DE TRASLADO Y/ CERTIFICADO  
DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

Código: AS-F044  
Versión: 01  
Fecha de vigencia: 01-01-2013  
Página 1 de 1

HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE ☒

CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☐

CENTRO DE SALUD ALBANIA ☐

HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

**I. DATOS DEL PACIENTE**

|               |               |             |             |
|---------------|---------------|-------------|-------------|
| 1er. Apellido | 2do. Apellido | 1er. Nombre | 2do. Nombre |
| Orengo        | Vedato        | Jose        |             |

|                                                          |                                                    |                                    |  |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Registro Civil                  | <input type="checkbox"/> Pasaporte                 | No. de documento de identificación |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de identidad | <input type="checkbox"/> Adulto sin identificación | 4913077                            |  |
| <input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía            | <input type="checkbox"/> Menor sin identificación  |                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería           |                                                    |                                    |  |

|                                  |                     |                  |  |
|----------------------------------|---------------------|------------------|--|
| Dirección de residencia habitual | Fecha de Nacimiento |                  |  |
| B/ Jarden                        | 09/09/1989          |                  |  |
| Departamento: Casapal            | Teléfono            | Municipio: Belén |  |
|                                  | 314 585 5342        |                  |  |

**Cobertura en Salud**

|                                                     |                                                                  |                                                  |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Régimen Contributivo       | <input type="checkbox"/> Población pobre no asegurada con Sisben | <input type="checkbox"/> Plan adicional en Salud |
| <input type="checkbox"/> Régimen Subsidiado Total   | <input type="checkbox"/> Población pobre no asegurada sin Sisben | <input type="checkbox"/> Otro                    |
| <input type="checkbox"/> Régimen Subsidiado Parcial | <input type="checkbox"/> Desplazado                              | Cual? 062                                        |

**CONDICIONES Y PROCEDIMIENTOS DURANTE EL TRASLADO**

Mascotas de 61 años de edad en el área de  
hospitalización en aislamiento preventivo, para  
traslado en ambulancia, durante el traslado no  
presenta novedad, se entrega a la médica  
de turno, recibe sin complicación, cuando queda  
en compañía de la médica, tranquilo y estable,  
con líquidos yendovenos y controlado en muestra  
superior izquierdo. — Erika Lorea Sánchez C.  
Auxiliar en Enfermería  
PAR: 5519

**DATOS DE REMISIÓN**

|                                         |                                 |                                             |                                                   |
|-----------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Fecha de Remisión:                      | 22/09/2020                      | Servicio Traslado Asistencia Básico TAB     | 021438                                            |
| Prestador que remite:                   | ESE Rafael Tovar Poveda         | H. Local San Roque <input type="checkbox"/> | Centro de Salud San José <input type="checkbox"/> |
|                                         | Dr. Milen A. Bernal Torres      | H. Local Curillo <input type="checkbox"/>   | Centro de Salud Albania <input type="checkbox"/>  |
| Profesional que Remite:                 | C.C. 1144.075.627<br>Médico SSO |                                             |                                                   |
| Fecha de Aceptación                     | 22/09/2020                      |                                             |                                                   |
| Prestador que recibe:                   | H. Local                        |                                             |                                                   |
| Profesional que recibe (firma y sello): |                                 |                                             |                                                   |
| Conductor:                              | Jefferson Arboleda              |                                             |                                                   |
| FIRMA:                                  |                                 |                                             |                                                   |





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES  
ANEXO TÉCNICO N°9 (Resolución 4331 de 2012)

Rafael Tovar Poveda  
Médico SSO

ÓDIGO: AS-F043

|                           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INFORMACIÓN DEL PRESTADOR |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Nombre:                   | E | S | E | R | A | F | A | E | L | T | O | V | A | R | P | O | V | E | D | A |
| Código:                   | 1 | 8 | 6 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 3 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Teléfono:                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| FECHA: 2020/07/22         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| HORA: 18:10               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Dirección prestador:      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Departamento: CAQUETÁ 018 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Municipio: BELEN          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| URREGO                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| VIDALES                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| JOSE                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Segundo Nombre                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Número documento de identificación |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4913077                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fecha de nacimiento: 19540404      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Teléfono: 31458534                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 094                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CÓDIGO: 1800                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ASMET SALUD                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CÓDIGO: 1800                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Primer Nombre                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Segundo Nombre                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Número documento de identificación           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dirección de Residencia Habitual:            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Departamento: CAQUETÁ 018                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Municipio: BELEN                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Teléfono: 098                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MILER ANDRES BERNAL TORRES                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TLF 3124101493                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Teléfono celular:                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| URGENCIAS.                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DIAGNOSTICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. INFECCION RESPIRATORIA AGUDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1 INFECCION POR SARS COV-2 VS NEUMONIA BACTERIANA?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. ENFERMEDAD RENAL AGUDA PRERRENAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. INFECCION DE VIAS URINARIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. TROMBOCITOPENIA LEVE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. HIPERTENSION ARTERIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. DIABETES MELLITUS INSULINORREQUIRIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. OBESIDAD.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SUBJETIVO: REFIERE DEPOSICIONES DIARRÉICAS DIFICULTAD RESPIRATORIA, NIEGA TOS, REFIERE ALZAS TÉRMICAS NO CUANTIFICADAS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FETIVO: FC 120 LPM, TA: 103/69 MMHG, T: 37.6, FR 24 RPM, SO2:95%.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ALISIS: PACIENTE MASCULINO DE 65 AÑOS CON ANTECEDENTES IMPORTANTES CON INFECCION SUGESTIVA CON ALTA PROBABILIDAD POR SARS COV2 SCORE NEWS 2 5 PUNTOS QSOFA 1 PUNTO, CALL SIN LDH 8 PUNTOS, RIESGO INTERMEDIO CON COMORBILIDADES. LINFOPENIA, NEUTROFILIA, TROMBOCITOPENIA, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, CON DESCENSO EVOLUTIVO DE LINFOCITOS, ADEMÁS CON DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN DESATURACION, SIEMPRE HA PERSISTIDO POR ENCIMA DEL 95%. POR OTRO LADO CON INFECCION DE VIAS URINARIAS, EN TRATAMIENTO CON CEFALOTINA 1 GR IV CADA 6 HORAS. ES UN PACIENTE QUIEN REQUIERE DE ATENCION EN TERCER NIVEL YA QUE SALUD EMPEORA COMO PASA LAS HORAS DE EVOLUCION, ADEMÁS ES UN PACIENTE DE ALTO RIESGO, POR LO TANTO ES NECESARIO AMPLIAR ESTUDIOS PARA INICIAR TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIVIRAL Y REALIZACION DE TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA PARA AUMENTAR PROBABILIDAD DE COVID19. POR LO TANTO SE REMITE PARA ATENCION CON MANEJO ESPECIALIZADA. SE COMENTA A MARIA INMACULADA CON LA DRA CAROLINA ORTIZ QUIEN ACEPTA AL PACIENTE. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MILER BERNAL TORRES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MEDICO SSO 1.1144.075.627                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Dr. Miler A. Bernal Torres  
C.C.T. 144.075.627  
Médico SSO





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**Rafael Tovar Poveda**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NIT. 900.211.477 - 1

## HOJA DE TRATAMIENTO

Código: AS-F036

Versión: 01

Fecha de vigencia: 01-02-2014

Página 1 de 2

HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE ☐ CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☐ CENTRO DE SALUD ALBANIA ☐ HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

### A. IDENTIFICACION

|                           |              |                                                                        |                          |
|---------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| No. HISTORIA CLINICA      |              | 4913077                                                                |                          |
| SERVICIO: Hospitalización | N° CAMA: 7   | SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | EDAD: Años 61 Meses Dias |
| 1er. Apellido             | 2º. Apellido | Nombres                                                                |                          |
| Orrigo                    | Vidales      | Jose Oliver                                                            |                          |

### B. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Registre con tinta negra y legible, redacte en forma clara y sin faltas de ortografía. No deje espacios en blanco entre las notas. Registre la fecha y hora precisas. Recuerde siempre firmar y sellar sus anotaciones.

| DESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTO, VÍA, DOSIS E INDICACIONES | FECHAS Y HORAS DE ADMINISTRACIÓN |    |    |      |      |       |    |    |    |    |    |    |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------|----|----|------|------|-------|----|----|----|----|----|----|
|                                                       | DD                               | MM | AA | DD   | MM   | AA    | DD | MM | AA | DD | MM | AA |
| SSN 7/6 1000 cc 600                                   | 21                               | 07 | 70 | 22   | 07   | 20    |    |    |    |    |    |    |
| continuar a 1000 cc                                   |                                  |    |    | 16   | 2:40 | 17:40 |    |    |    |    |    |    |
| x h                                                   |                                  |    |    | 16   | 20   | 7:40  |    |    |    |    |    |    |
|                                                       |                                  |    |    | 16   | 10   | 12:40 |    |    |    |    |    |    |
|                                                       |                                  |    |    | 21   | 10   | 12:40 |    |    |    |    |    |    |
| Dipirone 2 g/hora iv                                  |                                  |    |    | 16   |      |       |    |    |    |    |    |    |
| Diclofenaco 75 mg 4/6/12                              |                                  |    |    | 16   | 04   |       |    |    |    |    |    |    |
| x dos dosis                                           |                                  |    |    |      |      |       |    |    |    |    |    |    |
| Dexametazona 8 mg c/12                                |                                  |    |    | 16   | 04   |       |    |    |    |    |    |    |
| x dos dosis                                           |                                  |    |    |      |      |       |    |    |    |    |    |    |
| Acetaminofen 500 mg c/6                               |                                  |    |    | 16   | 04   | 16    |    |    |    |    |    |    |
|                                                       |                                  |    |    | 22   | 10   |       |    |    |    |    |    |    |
| Metoprolol 10 mg 4/6/12                               |                                  |    |    | 17   |      |       |    |    |    |    |    |    |
| iv                                                    |                                  |    |    |      |      |       |    |    |    |    |    |    |
| Glucocorticoide en Ayuna                              |                                  |    |    | 6:00 |      |       |    |    |    |    |    |    |
| FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE                         | 1er. TURNO                       |    |    |      |      |       |    |    |    |    |    |    |
|                                                       | 2do. TURNO                       |    |    |      |      |       |    |    |    |    |    |    |
|                                                       | 3er. TURNO                       |    |    |      |      |       |    |    |    |    |    |    |

| ELABORÓ                                                 | REVISÓ                                                 | APROBÓ                              |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Laura Marroquin Mora<br>Oficina de Planeación y Calidad | Yohana Andrea Gonzalez Garzón<br>Subgerente Científica | Aldemar Casadiegos Jaime<br>Gerente |









MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**Rafael Tovar Poveda**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
Nit. 900.211.477 - 1

## HOJA DE CONSUMO MEDICAMENTOS

Código: AS-F033A  
Versión: 01  
Fecha de vigencia: 01-09-2014  
Página 1 de 4

HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE ☐ CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☐ CENTRO DE SALUD ALBANIA ☐ HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

### A. IDENTIFICACIÓN

|           |                     |          |               |             |     |     |       |      |       |      |
|-----------|---------------------|----------|---------------|-------------|-----|-----|-------|------|-------|------|
| SERVICIO: | Hospital de la Cruz | N° CAMA: | 7             | SEXO        | FEM | MAS | EDAD: | Años | Meses | Días |
|           | Orrero              |          | Vidales       |             |     |     |       | 61   |       |      |
|           | 1er. Apellido       |          | 2do. Apellido | Nombres     |     |     |       |      |       |      |
|           |                     |          |               | Jose Oliver |     |     |       |      |       |      |

FECHA DE INGRESO 21/07/2010 FECHA DE EGRESO 22/07/2010 EPS. 067

| MEDICAMENTOS                    | PRESE-<br>N-<br>CIACIÓN | FECHA DE EGRESO |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | TOTAL | DEVOLU-<br>CIÓN | GRAN<br>TOTAL |  |
|---------------------------------|-------------------------|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|-----------------|---------------|--|
|                                 |                         | 1               | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |       |                 |               |  |
| Acetaminofen 100mg/mg           | Gotas                   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Acetaminofen 150mg/ml           | Jarabe                  |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Acetaminofen 500mg              | Tabletas                |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Acido Acetil Salicilico 100mg   | Tabletas                |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Adrenalina 1mg/ml               | Ampollas                |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Aminofilina 240mg               | Ampollas                |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Amiodarona 150mg/3ml            | Ampollas                |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Amlodipino 10mg                 | Tabletas                |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Amlodipino 5mg                  | Tabletas                |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Amoxicilina 125mg/5ml           | Suspensión              |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Amoxicilina 250mg/5ml           | Suspensión              |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Ampicilina + sulbactam 1,5g     | Ampollas                |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Ampicilina 1g                   | Ampollas                |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Ampicilina 250mg/5ml            | Suspensión              |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Ampicilina 500mg                | Ampollas                |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Atropina 1mg/ml                 | Ampollas                |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Azitromicina 500mg              | Tabletas                |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Azitromicina 1200mg/5ml         | Suspensión              |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Beclometasona 50mcg             | Inhalador               |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Betametasona 1%                 | Crema                   |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Betametasona 4mg/ml             | Ampollas                |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Betametasona 8mg/ml             | Ampollas                |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Bisacodilo 5mg                  | Tabletas                |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Bromuro de Ipratropio 20mcg     | Inhalador               |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Bromuro de vecuronio 10mg/2.5ml | Ampollas                |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Captopril 25mg                  | Tabletas                |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Captopril 50mg                  | Tabletas                |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Cefalexina 250mg/5ml            | Suspensión              |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Cefalotina 1g                   | Ampollas                |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Cefradina 1g                    | Ampollas                |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Ceftriaxona 1g                  | Ampollas                |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |
| Cefuroxima 250mg/5ml            | Suspensión              |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |  |

| ELABORÓ                                                         | REVISÓ                                                | APROBÓ                              |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Olga Marcela Torres Calderón<br>Oficina de Auditoría de Cuentas | Laura Marroquín Mora<br>Oficina de Planeación Calidad | Aldemar Casadiegos Jaime<br>Gerente |





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**Rafael Tovar Poveda**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NÚM. 000.211.477. - 1

## HOJA DE CONSUMO MEDICAMENTOS

Código: AS-F033A

Versión: 01

Fecha de vigencia: 01-09-2014

Página 2 de 4

| MEDICAMENTOS                       | PRESE-<br>NTACIÓN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | TOTAL | DEVOLU-<br>CIÓN | GRAN<br>TOTAL |
|------------------------------------|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|-----------------|---------------|
| Ciprofloxacino 100mg/10ml          | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Clarithromicina 500mg/ml           | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Clindamicina 600mg/4ml             | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Clorfeniramina 120ml               | Jarabe            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Cloruro potasio 10ml 2mg/ml        | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Cloruro Sodio 10ml                 | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Dexametasona 4mg/ml                | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Dexametasona 8mg/ml                | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Dextrosa 10%                       | Bolsa<br>500ml    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Dextrosa 5%                        | Bolsa<br>500ml    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Diazepam 10mg/2ml                  | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Diclofenaco 50mg                   | Tabletas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Diclofenaco 75mg/3ml               | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Dicloxacilina 250mg/5ml            | Suspensión        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Difenhidramina 120ml               | Jarabe            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Dihidrocodeína 12.1mg/5ml          | Jarabe            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Dimenhidrinato 50mg                | Tabletas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Dinitrato de Isosorbide 10mg       | Tabletas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Dinitrato de Isosorbide 5mg        | Tabletas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Dipirona 1g                        | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Dipirona 2.5                       | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Dobutamina 250mg/5ml               | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Enalapril 20mg                     | Tabletas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Enalapril 5mg                      | Tabletas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Fenitoína Sódica 250mg/5ml         | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Fenobarbital 200mg/ml              | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Fitomenadiona 1mg/ml               | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Fluimucil Acetil cisteína 10% 25ml | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Furacin Nitrofurazon 500mg         | Crema             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Furosemida 100mg                   | Tabletas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Furosemida 20mg/2ml                | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Gentamicina 160mg/2ml              | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Gentamicina 80mg/2ml               | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Haloperidol 5mg/ml                 | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Heparina 2.500.000 UI              | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Heparina 5.000.000 U.I             | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Hidrocortisona 100mg               | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Hidroxido Aluminio                 | Jarabe            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Ibuprofeno 400mg                   | Tabletas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Insulina Cristalina                | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |

REVISADO POR:

ENFERMERO/A SSO

VoBo:

REGENTE DE FARMACIA

FECHA:

FECHA:

|                                                                 |                                                       |                                    |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------|
| ELABORÓ                                                         | REVISÓ                                                | APROBÓ                             |
| Olga Marcela Torres Calderón<br>Oficina de Auditoría de Cuentas | Laura Marroquín Mora<br>Oficina de Planeación Calidad | Aldemar Casadiego Jaime<br>Gerente |

Deicy Johana Díaz Cuellar  
REGENTE DE FARMACIA  
PAR 3326  
UNIDAD









MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**Rafael Tovar Poveda**  
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
 NIT. 900.211.477 - 1

## HOJA DE CONSUMO MEDICAMENTOS

Código: AS-F033A  
 Versión: 01  
 Fecha de vigencia: 01-09-2014  
 Página 4 de 4

| MEDICAMENTOS                                        | PRESENTACIÓN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | TOTAL | DEVOLUCIÓN | GRAN TOTAL |
|-----------------------------------------------------|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|------------|------------|
| Roxicaina con epinefrina 2%                         | Frasco 50ml  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Roxicaina sin epinefrina 2%                         | Frasco 50ml  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Salbutamol 100mcg                                   | Inhalador    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Sales de Rehidratación Oral                         | Sobres       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Solución Salina 0.9%                                | Bolsa 500ml  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Solución salina 9% x 1000cc                         | Bolsa        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Suero Antiofídico Liofilizado                       | Ampollas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Sulfato de Magnesio 20% 2g/10ml                     | Ampollas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Terbutol 1%                                         | Gotas        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Terbutalina 0.5ml                                   | Ampollas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Tramadol 100mg/2ml                                  | Ampollas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Tramadol 50mg/1ml                                   | Ampollas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Vacuna Antitetánica                                 | Ampollas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Vacuna de Hepatitis B                               | Ampollas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Verapamil 5mg/2ml                                   | Ampollas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Zidovudina solución oral frasco por 240 ml, 10mg/ml | Suspensión   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |

OBSERVACIONES:

*Rosy Paez Niño*  
 ENFERMERA

REVISADO POR:

ENFERMERA SSO

VoBo:

REGENTE DE FARMACIA

FECHA:

FECHA:

Deicy Johana Díaz Cuellar

REGENTE DE FARMACIA

PAR 5329

UNAD

| ELABORÓ                                                         | REVISÓ                                                | APROBO                             |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Olga Marcela Torres Calderón<br>Oficina de Auditoría de Cuentas | Laura Marroquín Mora<br>Oficina de Planeación Calidad | Aldemar Casadiego Jaime<br>Gerente |





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**Rafael Tovar Poveda**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
Nit. 900.211.477 - 1

## HOJA DE CONSUMO DISPOSITIVOS MÉDICOS

Código: AS-F033A  
Versión: 01  
Fecha de vigencia: 01-09-2014  
Página 1 de 4

HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE ☒ CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☐ CENTRO DE SALUD ALBAMA ☐ HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

| A. IDENTIFICACIÓN                      |                   | No. HISTORIA CLINICA |   | 4            |     | 9   |       | 1               |   | 3  |    | 0  |    | 7  |    | Años |    | Meses |    | Días |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
|----------------------------------------|-------------------|----------------------|---|--------------|-----|-----|-------|-----------------|---|----|----|----|----|----|----|------|----|-------|----|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|-----------------|---------------|
| SERVICIO:                              | Hospitalización   | N° CAMA:             | 7 | SEXO         | FEM | MAS | EDAD: |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| 1er. Apellido                          |                   | 2do. Apellido        |   | Nombres      |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Orrego                                 |                   | Vidales              |   | Jose Olander |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| FECHA DE INGRESO                       |                   | 21                   |   | 07           |     | 20  |       | FECHA DE EGRESO |   | 22 |    | 07 |    | 20 |    | EPS. |    | 062   |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| DISPOSITIVOS                           | PRESE-<br>NTACIÓN | 1                    | 2 | 3            | 4   | 5   | 6     | 7               | 8 | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15   | 16 | 17    | 18 | 19   | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | TOTAL | DEVOLU-<br>CIÓN | GRAN<br>TOTAL |
| Bolsa de drenaje Urinario Cistoflo     | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Buretrol                               | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Canula de Guedel # 0                   | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Canula de Guedel # 1                   | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Canula de Guedel # 2                   | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Canula de Guedel # 3                   | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Canula de Guedel # 4                   | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Canula de Guedel # 5                   | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Canula de Oxigeno Adulto               | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Canula de Oxigeno Pediatrica           | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Canula Nasofaringea # 12               | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Canula Nasofaringea # 16               | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Canula Nasofaringea # 22               | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Canula Nasofaringea # 28               | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Carbón Activado                        | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Catéter Venoso # 16                    | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Catéter Venoso # 18                    | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Catéter Venoso # 20                    | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Catéter Venoso # 22                    | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Catéter Venoso # 24                    | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Cat-Gut Cromado 2-0                    | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Cat-Gut Cromado 3-0                    | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Cat-Gut Cromado 4-0                    | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Cat-Gut Cromado 5-0                    | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Equipo de Micronebulización Adulto     | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Equipo de Micronebulización Pediátrico | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Equipo Macrogoteo                      | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Equipo Microgoteo                      | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Humidificador                          | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Inhalocamara Adulto                    | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Inhalocamara Pediátrico                | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Jeringa 1ml                            | Unidad            |                      |   |              |     |     |       |                 |   |    |    |    |    |    |    |      |    |       |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |

| ELABORÓ                                                         | REVISÓ                                                | APROBÓ                             |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Olga Marcela Torres Calderón<br>Oficina de Auditoría de Cuentas | Laura Marroquín Mora<br>Oficina de Planeación Calidad | Aldemar Casadiego Jaime<br>Gerente |





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

**Rafael Tovar Poveda**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NÚM. 900.211.477 - 1**HOJA DE CONSUMO  
MEDICAMENTOS**

Versión: 01

Fecha:



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

**Rafael Tovar Poveda**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

NÚM. 900.211.477 - 1

**HOJA DE CONSUMO  
DISPOSITIVOS MÉDICOS**

Código: AS-F033A

Versión: 01

Fecha de vigencia: 01-09-2014

Página 2 de 4

| DISPOSITIVOS                  | PRESENTACIÓN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | TOTAL | DEVOLUCIÓN | GRAN TOTAL |
|-------------------------------|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|------------|------------|
| Jeringa 3ml                   | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Jeringa 5ml                   | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Jeringa 10ml                  | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Jeringa 20ml                  | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Jeringa 50ml                  | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Mascara de Oxígeno Adulto     | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Mascara de Oxígeno Pediátrica | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Mascara Ventury Adulto        | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Mascara Ventury Pediátrico    | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Prolene 1-0                   | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Prolene 2-0                   | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Prolene 3-0                   | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Prolene 4-0                   | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Prolene 5-0                   | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Prolene 6-0                   | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Seda 2-0                      | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Seda 3-0                      | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Seda 4-0                      | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Seda 5-0                      | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Sondas Foley # 6              | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Sondas Foley # 8              | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Sondas Foley # 10             | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Sondas Foley # 12             | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Sondas Foley # 14             | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Sondas Foley # 16             | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Sondas Foley # 18             | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Sondas Foley # 20             | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Sondas Levin # 6              | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Sondas Levin # 8              | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Sondas Levin # 10             | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Sondas Levin # 12             | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Sondas Levin # 14             | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Sondas Levin # 16             | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Sondas Levin # 18             | Unidad       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |

REVISADO POR:

VoBo:

REGENTE DE FARMACIA

FECHA:

FECHA:

| ELABORÓ                                                         | REVISÓ                                                | APROBÓ                             |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Olga Marcela Torres Calderón<br>Oficina de Auditoría de Cuentas | Laura Mancoquin Mora<br>Oficina de Planeación Calidad | Aldemar Casadiego Jaime<br>Gerente |





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**Rafael Tovar Poveda**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NIT. 900.211.477 - 1

## HOJA DE CONSUMO DISPOSITIVOS MÉDICOS

Código: AS-F033A

Versión: 01

Fecha de vigencia: 01-09-2014

Página 3 de 4

HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE ☐

CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☐

CENTRO DE SALUD ALBANIA ☐

HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

### A. IDENTIFICACIÓN

SERVICIO: Hospitalización No. HISTORIA CLÍNICA: 4913077  
N° CAMA: 7 SEXO: MAS EDAD: 61 Años 61 Meses 0 Días 0

| DISPOSITIVOS                      |  | PRESE-<br>NTACIÓN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | TOTAL | DEVOLU-<br>CIÓN | GRATU-<br>TOTAL |
|-----------------------------------|--|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|-----------------|-----------------|
| Sondas Levin # 20                 |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Sondas Nasogastrica # 6           |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Sondas Nasogastrica # 8           |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Sondas Nasogastrica # 10          |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Sondas Nasogastrica # 12          |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Sondas Nasogastrica # 14          |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Sondas Nasogastrica # 16          |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Sondas Nasogastrica # 18          |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Sondas Nasogastrica # 20          |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Sondas Nelaton # 6                |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Sondas Nelaton # 8                |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Sondas Nelaton # 10               |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Sondas Nelaton # 12               |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Sondas Nelaton # 14               |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Sondas Nelaton # 16               |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Sondas Nelaton # 18               |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Sondas Nelaton # 20               |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Tapon Heparinizado                |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Tubo atorax # 12                  |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Tubo atorax # 20                  |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Tubo atorax # 28                  |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Tubo atorax # 36                  |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Tubo Endotraqueal con Balón # 2.0 |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Tubo Endotraqueal con Balón # 2.5 |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Tubo Endotraqueal con Balón # 3.0 |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Tubo Endotraqueal con Balón # 3.5 |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Tubo Endotraqueal con Balón # 4.0 |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Tubo Endotraqueal con Balón # 4.5 |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Tubo Endotraqueal con Balón # 5.0 |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Tubo Endotraqueal con Balón # 5.5 |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |
| Tubo Endotraqueal con Balón # 6.0 |  | Unidad            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |                 |

REVISADO POR:

*Rosy Pérez Niño*

VoBo:

REGENTE DE FARMACIA

FECHA:

*28*

FECHA:

*28*

*Deicy Johana Díaz Cuellar*  
REGENTE DE FARMACIA  
PAR-5029  
UNAD

| ELABORÓ                                                          | REVISÓ                                                | APROBÓ                             |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Oliga Marcela Torres Calderón<br>Oficina de Auditoría de Cuentas | Laura Marroquín Mora<br>Oficina de Planeación Calidad | Aldemar Casadiego Jaime<br>Gerente |



[illegible]

REVISADO POR:

ENFERMEIRO(A)SSO

**VoBo:**

REGENTE DE FARMACIA

FECHA:

FECHA:

| ELABORÓ                                                         | REVISÓ                                                | APROBÓ                              |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Olga Marcela Torres Calderón<br>Oficina de Auditoría de Cuentas | Laura Marroquín Mora<br>Oficina de Planeación Calidad | Aldemar Casadiegos Jaime<br>Gerente |





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**Rafael Tovar Poveda**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NÚM. 900.211.477.-1

## NOTAS DE ENFERMERÍA

Código: AS-F026

Versión: 01

Fecha de vigencia: 01-02-2014

Página 1 de 2

HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE ☒

CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☐

CENTRO DE SALUD ALBANIA ☐

HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

### A. IDENTIFICACION

|               |                |                      |                                                                  |
|---------------|----------------|----------------------|------------------------------------------------------------------|
| SERVICIO:     | Hospital Local | No. HISTORIA CLINICA | 4913077                                                          |
| 1er. Apellido | Orrigo         | N° CAMA:             | 7                                                                |
| 2º. Apellido  | Vidal          | SEXO:                | M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
|               |                | EDAD:                | Años 9 Meses 0 Dias                                              |
|               |                | Nombres: Juan Oliver |                                                                  |

### B. ORDENAMIENTO

- Registre con tinta negra y legible, redacte en forma clara y sin faltas de ortografía. No deje espacios en blanco entre las notas. registre la fecha y hora precisa.
- Registre los cuidados de enfermería, los procedimientos y tratamientos intravenosos, características y localización de catéteres. Resumen cefalo caudal del estado del paciente que se está tratando, resaltar sus prioridades como son estado de conciencia, estado de la piel, infusión de líquidos por vía oral y endovenosa, observación de heridas, sitios de inserciones como tubos, drenes, sondas, etc.
  - Recuerde siempre firmar y sellar sus anotaciones.

| FECHA |     |      | HORA<br>(24 horas) | ANOTACIONES DE ENFERMERÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | FIRMA Y<br>SELLO |
|-------|-----|------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| DÍA   | MES | AÑO  |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |
| 22    | 07  | 2010 | 6:55               | Procedimiento, se toma el Percepción sin complicaciones. Pendiente de control de laboratorio. Quebrado unido en la mano derecha con el soporte conectado, orientado con LCU SSN 0.9% a 100 cc (1/2 en manómetro) superior 12g/100cc. Durante el día noche 140 cc, 1200 cc. Se cierra el mantenimiento orales sin molestias, con signos vitales 70-35-20, TA 93/60, FIL 20, FC 90, Sat 95%.                                                    | Hernán           |
| 22    | 07  | 2010 | 7:00               | Recibo unido muscular de Grupo de edad en el servicio de hospitalización en la unidad de aislamiento, hemodinámico, estable, consciente, caluroso, atb. orales en sus 2ºs extremos, perianal, orales y tiempo con logro de endovenoso, en miembro superior izquierdo a 100 cc de LCU, pendiente de control de laboratorio, de infusión a la vía periférica, con pt. Malista general la bacteriología, reage malista. Pendiente de resultados. | Hernán           |

| ELABORÓ                                                 | REVISÓ                | APROBÓ                              |
|---------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| Laura Merroquin Mora<br>Oficina de Planeación y Calidad | Subgerente Científica | Aldemar Casadiegos Jaime<br>Gerente |





**NOTAS DE ENFERMERÍA**

Código: AS-F026  
Versión: 01  
Fecha de vigencia: 01-02-2014  
Página 2 de 2

| FECHA |    |      | HORA<br>(24 horas) | ANOTACIONES DE ENFERMERÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | FIRMA Y<br>SELLO |
|-------|----|------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 22    | 07 | 2020 | 9:45               | llegan resultados de paracentesis de<br>le infame. al médico de turno                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| 22    | 07 | 2020 | 12:00              | El médico revisa los resultados<br>y da nuevas ordenes y parámetros, Rx                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
| 22    | 07 | 2020 | 13:30              | se toma muestra de sangre de para.<br>al servicio de laboratorio, penden<br>resultados, 14:00 se hace suero<br>al servicio de Rx, penden resultados<br>se para solución salina 0.9% bote de<br>500 cc, luego continúan a 6 cc de lora,<br>se hacen glucemia los resultados 206 mg/dl,<br>se le infiere al médico de turno, se<br>admisión a enfermería en planta |                  |
| 22    | 07 | 2020 | 14:30              | se toma signos vitales, para enfermería<br>111/68 mmHg, frecuencia cardiaca 96%,<br>Temperatura 38.3°C, Frecuencia respiratoria 24,<br>saturación 98%, penden resultados de<br>paracentesis para definir conduta                                                                                                                                                 |                  |
| 22    | 07 | 2020 | 16:10              | llegan report de paracentesis se le<br>informa al médico de turno,                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |
| 22    | 07 | 2020 | 16:40              | El médico revisa los resultados e<br>menciona penden de sereno en nivel superior                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |
| 22    | 07 | 2020 | 17:40              | El médico le comenta al Hospital para<br>inmóvilmente aceptada para la portar<br>Cardiaco Urgen.                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |
| 22    | 07 | 2020 |                    | se entrega ordenes a la auxiliar de<br>ambulancia. Envia Sanchez, remitidos<br>para el Hospital para inmóvilmente<br>conducidos en solución salina 0.9%<br>a 60 cc hora, estable afebril, col-<br>mado, buen estado, se da que se prepare<br>de conducción de ambulancia                                                                                         |                  |

| ELABORÓ                                                 | REVISÓ                | APROBO                              |
|---------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| Laura Marroquín Mora<br>Oficina de Planeación y Calidad | Subgerente Científica | Aldemar Casadiegos Jaime<br>Gerente |





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**Rafael Továr Poveda**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NIT 900.211.477 - 1

## NOTAS DE ENFERMERÍA

Código: AS-F026  
Versión: 01  
Fecha de vigencia: 01-02-2014  
Página 1 de 2

HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE ☒ CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☐ CENTRO DE SALUD ALBANIA ☐ HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

### A. IDENTIFICACION

|                                          |                                                                        |                               |       |      |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------|------|
| SERVICIO: Hospitalización en aislamiento |                                                                        | No. HISTORIA CLINICA 41912077 |       |      |
| N° CAMA: 7                               | SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | EDAD: Años 61                 | Meses | Días |
| 1er. Apellido Orrego                     | 2º. Apellido Vidal                                                     | Nombres José Oliver           |       |      |

### B. ORDENAMIENTO

- Registre con tinta negra y legible, redacte en forma clara y sin faltas de ortografía. No deje espacios en blanco entre las notas. registre la fecha y hora precisa.
- Registre los cuidados de enfermería, los procedimientos y tratamientos intravenosos, características y localización de catéteres. Resumen cefalo caudal del estado del paciente que se está tratando, resaltar sus prioridades como son estado de conciencia, estado de la piel, infusión de líquidos por vía oral y endovenoso, observación de heridas, sitios de inserciones como tubos, drenes, sondas, etc.
  - Recuerde siempre firmar y sellar sus anotaciones.

| FECHA |     |      | HORA<br>(24 horas) | ANOTACIONES DE ENFERMERÍA                                                                                                                                                                                                                                     | FIRMA Y<br>SELLO |
|-------|-----|------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| DIA   | MES | AÑO  |                    |                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |
| 21    | 07  | 2020 | 13                 | Paciente usuario de 61 años de edad es fuente de aislamiento para covid-19 usuario que se encuentra con bastante dolor. Lento de preguntas al representante de formación y al jefe sobre epp. y no hay nada que esperar que sea las 15 horas para pasar al Rx |                  |
| 21    | 07  | 2020 | 15                 | horas se pasa en silla de ruedas por vía no indicada al servicio de Rx de torax entregan resultados se lleva al curativo de aislamiento de covid. Se canaliza con yelco #18 se administra 1000 cc de solución salina normal en bolo y se continúa a 100 cc/h  |                  |
| 21    | 07  | 2020 | 16                 | Se administra 1 amp de diclofenaco 14 + dosis uno ampolla de 8 mg de dexametazona IV 500 mg de acetaminofen 16. Se tomo signos ST 95% FC 124 TA 130/76 FA 20 TO 36.7°C                                                                                        |                  |
| 21    | 07  | 2020 | 17                 | Se administra 10 mg de metoprolol                                                                                                                                                                                                                             |                  |

| ELABORÓ                                                 | REVISÓ                | APROBÓ                              |
|---------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| Laura Marroquín Mora<br>Oficina de Planeación y Calidad | Subgerente Científica | Aldemar Casadiegos Jaime<br>Gerente |





## NOTAS DE ENFERMERÍA

Código: AS-F026

Versión: 01

Fecha de vigencia: 01-02-2014

Página 2 de 2

| FECHA |     |      | HORA<br>(24 horas) | ANOTACIONES DE ENFERMERÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | FIRMA Y<br>SELLO |
|-------|-----|------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| DÍA   | MES | AÑO  |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |
| 21    | 07  | 2020 | 16:30              | 2020 unido<br>entrega resultados labo<br>riología.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |
| 21    | 07  | 2020 | 18:40              | el médico los de                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
| 21    | 07  | 2020 | 19                 | Quedan usuarios en cama<br>en la unidad de hospital<br>ización en pieza de au<br>tismo COVID-19 por<br>dieta para mañana tomar<br>glucómetro en ayunas<br>queda calmado                                                                                                                                                                                                                   |                  |
| 21    | 07  | 2020 | 19:00              | Recibo usuario mayor de edad<br>el caso de sexo masculino mal<br>servicio de hospitalización con<br>Dx: TOS - Fiebre Escalofrío - Mial<br>gr - Náuseas y vómito en la unidad<br>destruido, despierto consciente<br>orientado, con I.F.V. Solución Sal<br>na Normal a 100cc cloro en<br>miembro superior, con tratam<br>ento para administrar pedi<br>ca para mañana tomar<br>para el día. |                  |
| 22    | 07  | 2020 | 22:00              | Acetaminofen Tableta 500mg 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |
| 22    | 07  | 2020 | 4:00               | 2) Diclofenaco ampolla 75mg 10<br>2) Dexametasona ampolla 8mg 10<br>2) Acetaminofen Tableta 500mg 10                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |
|       |     |      | 6:00               | Se toma glucómetro con<br>resultados de 296 mg/dl.<br>Se toma paracetamol C.H. y<br>Pd O con Sonda Se le expi<br>ca al paciente el procedimiento<br>que se va a realizar el cual a<br>cepta y acepta se procede hacer<br>limpieza del pie se hace el H                                                                                                                                    |                  |

| ELABORÓ                                                 | REVISÓ             | APROBO                              |
|---------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| Laura Marroquín Mora<br>Oficina de Planeación y Calidad | Subgerente Clínica | Aldemar Casadiegos Jaime<br>Gerente |





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**Rafael Tovar Poveda**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NIT 900.211.477 - 1

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES  
DE SERVICIOS DE SALUD RIPS

Código: AS-F046  
Versión: 01  
Fecha de vigencia: 01-01-2013  
Página 1 de 2

HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE ☐ CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☐ CENTRO DE SALUD ALBANIA ☐ HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES DE SALUD

I.P.S. 180940200301 Día 21 Mes 07 Año 2020 No. DE FACTURA                       
HISTORIA No.                      AUTORIZACION No.                       
No. Identificación 4913077 Tipo                      C.C. ☒ Tarjeta de identificación ☐ Menor sin identificación ☐  
Reg. Civil ☐ Adulto sin identificación ☐ Número Único de identificación ☐  
C. de Extranjería ☐ Pasaporte ☐

I. IDENTIFICACION DEL USUARIO

Primer Apellido Olivera Segundo Apellido Ortega Nombres José  
Fecha de nacimiento Día            Mes            Año            SEXO ☒ Masculino ☐ Femenino ☐ Indeterminado  
Edad            Días            Meses            Año            Código Aseguradora: 062 Tipo Usuario ☒ Contributivo ☐ Subsidiado ☐  
Vinculado ☐ Particular ☐ Beneficiario ☐ Cotizante ☐ Adicional ☐

Residencia Habitual  
Depto. Cartago Mpio. Belén Dirección                       
Barrio/Vereda                      Tel.                      ZONA Urbana ☐ Rural ☐  
Tipo de Consulta                      Global o primera vez ☐  
Especialidad                      Control o seguimiento ☐

II. ATENCION/CONSULTA

COD. DIAGNOSTICO PRINCIPAL                      TIPO DE DX ☐ I ☐ N ☐ R  
COD. DIAG. RELACIONADO 2                      TIPO DE DX ☐ I ☐ N ☐ R  
COD. DIAGNOSTICO PRINCIPAL                      TIPO DE DX ☐ I ☐ N ☐ R  
COD. DIAG. RELACIONADO 2                      TIPO DE DX ☐ I ☐ N ☐ R

CAUSA EXTERNA

Accidente de Trabajo ☐ Evento Catastrófico ☐ Sospecha Violencia Sexual ☐ Atención del parto ☐ Det. Alt. Embarazo ☐  
Accidente de Tránsito ☐ Lesión por Agresión ☐ Sospecha Maltrato Emocional ☐ Atención recién nacido ☐ Det. Alt. Adulto ☐  
Accidente Rápido ☐ Lesión auto infligida ☐ Enfermedad general ☐ Atención plan Familiar ☐ Det. Alt. Agudeza Visual ☐  
Accidente Ofídico ☐ Sospecha Maltrato Físico ☐ Enfermedad Profesional ☐ Det. Alt. C y D < 10 años ☐ Det. Enf. Profesional ☐  
Otro Tp. Accidente ☐ Sospecha Abuso Sexual ☐ Otra ☐ Det. Alt. C y D Joven ☐ No aplica ☐

F.U.M.                      Día            Mes            Año            Tipo Discapacidad                      GRADO                       
CONDUCTA                      De la Conducta ☐ Del Cuidado Personal ☐ Leve ☐  
Remisión ☐ De la Locomoción ☐ De la Destreza ☐ Moderada ☐  
Interconsulta ☐ De la Comunicación ☐ De la Determinada Aptitud ☐ Severa ☐  
Contrarreferencia ☐ De la Disposición del Cuerpo ☐ Otras Restricciones de la Actividad ☐

III. PROCEDIMIENTO

Fecha de procedimiento Día 21 Mes 07 Año 2020 Código de procedimiento 871121  
Ámbito de Realización                      Ambulatorio ☐ Hospitalario ☐ En Urgencias ☐  
Finalidad: Diagnóstico ☒ Terapéutico ☐ Protección Específica ☐  
                     Detección temprana Enf. General ☐ Detección Temprana Enf. Prof. ☐  
Código Diagnóstico Principal                      Código Diagnóstico Relacionado                      Complicaciones                       
PERSONA ATIENDE                      M. Especialista ☐ M. General ☐ Enfermera ☐ Aux Enfermería ☐ Otro ☐  
Forma de realización                      Único o Unilateral ☐ Múltiple o bilateral, misma vía diferente especialidad ☐ Múltiple o bilateral, misma vía igual especialidad ☐  
                     Único o bilateral, misma vía diferente especialidad ☐ Múltiple o bilateral, misma vía igual especialidad ☐





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**Rafael Tovar Poveda**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NIT. 900.211.477 - 1

## REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD RIPS

Código: AS-F046  
Versión: 01  
Fecha de vigencia: 01-01-2013  
Página 2 de 2

Fecha Ingreso        
Día Mes Año

### IV. URGENCIAS CON OBSERVACIÓN

Hora Ingreso      
Hora Minutos

Accidente de Trabajo  
Accidente de Tránsito  
Accidente Rápido  
Accidente Rápido  
Otro tipo Accidente

Evento Catastrófico  
Lesión por Agresión  
Lesión Auto Infligida  
Sospecha Maltrato Físico  
Sospecha Abuso Sexual

Sospecha Violencia Sexual  
Sospecha Maltrato Emocional  
Enfermedad General  
Enfermedad Profesional  
Otra

Conciente  
Ebrio  
Inconsciente  
Muerte  
Por sus propios medios  
SI ☐ NO ☐ OTRO ☐

Código Diagnóstico Salida      
Código Diagnóstico Relacionado No. 2 Salida      
Destino Usuario ☐ Alta de Urgencias  
Destino Salida ☐ Vivo (a) ☐ Muerto (a)  
Fecha Salida        
Día Mes Año

Código Diagnóstico Relacionado No. 1 Salida      
Código Diagnóstico Relacionado No. 3 Salida      
Remisión otro Nivel de Complejidad ☐ Hospitalización  
Código Causas Básicas Muerte      
Hora Salida      
Hora Minutos

Destino a la Salida  
Alta Urgencia  
Remisión  
Hospitalización  
Voluntario  
Fuga

Via Ingreso ☐ Urgencias ☐ Consulta Externa ☐  
Fecha Ingreso        
Día Mes Año

### V. HOSPITALIZACIÓN

Remitido ☐ Nació en la Institución  
Hora Ingreso      
Hora Minutos

### CAUSA EXTERNA

Evento Catastrófico  
Lesión por Agresión  
Lesión auto Infligida  
Sospecha Maltrato Físico  
Sospecha Abuso Sexual

Sospecha Violencia Sexual  
Sospecha Maltrato Emocional  
Enfermedad General  
Enfermedad Profesional  
Otra

Accidente de Trabajo  
Accidente de Tránsito  
Accidente Rápido  
Accidente Rápido  
Otro tipo Accidente

Código Diagnóstico Principal Ingreso      
Código Diagnóstico Relacionado No. 1 Egreso      
Código Diagnóstico Relacionado No. 3 Egreso      
Destino Salida ☐ Vivo (a) ☐ Muerto (a)  
Fecha Salida        
Día Mes Año

Código Diagnóstico Principal Egreso      
Código Diagnóstico Relacionado No. 2 Egreso      
Código Diagnóstico Complicaciones      
Código Causa Básica Muerte      
Hora Salida      
Hora Minutos

Causa Salida  
Orden Médica  
Remisión  
Hospitalización  
Voluntario  
Fuga

Fecha Nacimiento R.N.        
Día Mes Año

### VI. RECÉN-NACIDO Y LA MADRE

Control Prenatal ☐ SI ☐ NO ☐  
Código Diagnóstico del RN      
Fecha Muerte        
Día Mes Año

Hora de Nacimiento      
Hora Minutos  
Sexo: ☒ Masculino ☐ Femenino  
Peso  Gramos  
Código Diagnóstico Causa Básica Muerte      
Hora Muerte      
Hora Minutos

Edad Gestación      
FUR      
Muerte Materna ☐ SI ☐ NO ☐  
Causa Muerte Madre

### VII. MEDICAMENTOS

| Código               | Nombre Genérico      | Forma                | Concentración        | U. Medida            | Tipo                 | POS                  | NO POS               | No. Unidades         |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**Rafael Tovar Poveda**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
Nº. 900.211.477 - 1

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES  
DE SERVICIOS DE SALUD RIPS

Código: AS-F046

Versión: 01

Fecha de vigencia: 01-01-2013

Página 1 de 2

HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE ☐

CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☐

CENTRO DE SALUD ALBANIA ☐

HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES DE SALUD

I.P.S.

HISTORIA No.

AUTORIZACION No.

Día Mes Año

No. DE FACTURA

No. Identificación

Tipo

C.C.

Reg. Civil

C. de Extranjería

Tarjeta de Identificación

Adulto sin identificación

Pasaporte

Menor sin identificación

Número Único de identificación

I. IDENTIFICACION DEL USUARIO

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombres

Fecha de nacimiento

Día Mes Año

SEXO

☒ Masculino

☐ Femenino

☐ Indeterminado

Código Aseguradora:

Tipo Usuario Contributivo Subsidado

Vinculado Particular

☐ Beneficiario

☐ Cotizante

☐ Adicional

Residencia Habitual

Depto.

Barrio/Vereda

Mpio.

Dirección

Tipo de Consulta

Tel.

ZONA

Urbana

Rural

Especialidad

Global o primera vez

Control o seguimiento

II. ATENCION / CONSULTA

COD. DIAGNOSTICO PRINCIPAL

TIPO DE DX  
I N R

COD. DIAGNOSTICO PRINCIPAL

TIPO DE DX  
I N R

COD. DIAG. RELACIONADO 2

TIPO DE DX  
I N R

COD. DIAG. RELACIONADO 2

TIPO DE DX  
I N R

CAUSA EXTERNA

Accidente de Trabajo

Evento Catastrófico

Sospecha Violencia Sexual

Atención del parto

Det. Alt. Embarazo

Accidente de Tránsito

Lesión por Agresión

Sospecha Maltrato Emocional

Atención recién nacido

Det. Alt. Adulto

Accidente Rábico

Lesión auto infligida

Enfermedad general

Atención plan Familiar

Det. Alt. Agudeza Visual

Accidente Ofídico

Sospecha Maltrato Físico

Enfermedad Profesional

Det. Alt. C y D < 10 años

Det. Enf. Profesional

Otro Tp. Accidente

Sospecha Abuso Sexual

Otra

Det. Alt. C y D Joven

No aplica

F.U.M.

Día Mes Año

CONDUCTA

Remisión

Interconsulta

Contrarreferencia

Días de incapacidad

Tipo Discapacidad

De la Conducta

De la Locomoción

De la Comunicación

De la Disposición del Cuerpo

☐ Del Cuidado Personal

☐ De la Destreza

☐ De la Determinada Aptitud

☐ Otras Restricciones de la Actividad

GRADO

☐ Leve

☐ Moderada

☐ Severa

III. PROCEDIMIENTO

Fecha de procedimiento Día Mes Año Código de procedimiento

Ámbito de Realización Ambulatorio Hospitalario En Urgencias

Finalidad: Diagnóstico Terapéutico Protección Específica

Detección temprana Enf. General Detección Temprana Enf. Prof.

Código Diagnóstico Principal

Código Diagnóstico Relacionado

Complicaciones

PERSONA ATIENDE M. Especialista M. General Enfermera Aux Enfermería Otro

Forma de realización Único o Unilateral Múltiple o bilateral, misma vía diferente especialidad Múltiple o bilateral, misma vía igual especialidad

Único o bilateral, misma vía diferente especialidad Múltiple o bilateral, misma vía igual especialidad





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**Rafael Tovar Poveda**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NIT. 900.211.477 - 1

**REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES  
DE SERVICIOS DE SALUD RIPS**

Código: AS-F046  
Versión: 01  
Fecha de vigencia: 01-01-2013  
Página 2 de 2

**IV. URGENCIAS CON OBSERVACIÓN**

Fecha Ingreso       
Día Mes Año

Hora Ingreso      
Hora Minutos

**CAUSA EXTERNA**

Accidente de Trabajo ☐  
Accidente de Tránsito ☐  
Accidente Rápido ☐  
Accidente Rápido ☐  
Otro tipo Accidente ☐

Evento Catastrófico ☐  
Lesión por Agresión ☐  
Lesión Auto Infligida ☐  
Sospecha Maltrato Físico ☐  
Sospecha Abuso Sexual ☐

Sospecha Violencia Sexual ☐  
Sospecha Maltrato Emocional ☐  
Enfermedad General ☐  
Enfermedad Profesional ☐  
Otra ☐

Conciente ☐  
Ebrio ☐  
Inconsciente ☐  
Muerte ☐  
Por sus propios medios ☐  
SI ☐ NO ☐ OTRO ☐

Código Diagnóstico Salida

Código Diagnóstico Relacionado No. 1 Salida

Código Diagnóstico Relacionado No. 2 Salida

Código Diagnóstico Relacionado No. 3 Salida

Destino Usuario ☐ Alta de Urgencias

☐ Remisión otro Nivel de Complejidad ☐ Hospitalización

Destino Salida ☐ Vivo (a)

☐ Muerto (a) ☐ Código Causas Básicas Muerte

Fecha Salida       
Día Mes Año

Hora Salida      
Hora Minutos

Destino a la Salida  
Alta Urgencia ☐  
Remisión ☐  
Hospitalización ☐  
Voluntario ☐  
Fuga ☐

**V. HOSPITALIZACIÓN**

Vía Ingreso ☐ Urgencias ☐ Consulta Externa ☐ Remitido ☐ Nació en la Institución ☐

Fecha Ingreso       
Día Mes Año

Hora Ingreso      
Hora Minutos

**CAUSA EXTERNA**

Accidente de Trabajo ☐  
Accidente de Tránsito ☐  
Accidente Rápido ☐  
Accidente Rápido ☐  
Otro tipo Accidente ☐

Evento Catastrófico ☐  
Lesión por Agresión ☐  
Lesión auto Infligida ☐  
Sospecha Maltrato Físico ☐  
Sospecha Abuso Sexual ☐

Sospecha Violencia Sexual ☐  
Sospecha Maltrato Emocional ☐  
Enfermedad General ☐  
Enfermedad Profesional ☐  
Otra ☐

Código Diagnóstico Principal Ingreso

Código Diagnóstico Principal Egreso

Código Diagnóstico Relacionado No. 1 Egreso

Código Diagnóstico Relacionado No. 2 Egreso

Código Diagnóstico Relacionado No. 3 Egreso

Código Diagnóstico Complicaciones

Destino Salida ☐ Vivo (a)

☐ Muerto (a)

☐ Código Causa Básica Muerte

Fecha Salida       
Día Mes Año

Hora Salida      
Hora Minutos

Causa Salida  
Orden Médica ☐  
Remisión ☐  
Hospitalización ☐  
Voluntario ☐  
Fuga ☐

**VI. RECIEN NACIDO Y LA MADRE**

Fecha Nacimiento R.N.       
Día Mes Año

Hora de Nacimiento      
Hora Minutos

Edad Gestación

FUR

Control Prenatal ☐ Si ☐ No

Sexo: ☒ Masculino ☐ Femenino

Peso  Gramos

Código Diagnóstico del RN

Código Diagnóstico Causa Básica Muerte

Muerte Materna ☐ SI ☐ NO

Fecha Muerte       
Día Mes Año

Hora Muerte      
Hora Minutos

Causa Muerte Madre

**VII. MEDICAMENTOS**

Código  Nombre Genérico  Tipo ☐ POS ☐ NO POS

Forma  Concentración  U. Medida  No. Unidades

Código  Nombre Genérico  Tipo ☐ POS ☐ NO POS

Forma  Concentración  U. Medida  No. Unidades

Código  Nombre Genérico  Tipo ☐ POS ☐ NO POS

Forma  Concentración  U. Medida  No. Unidades

Código  Nombre Genérico  Tipo ☐ POS ☐ NO POS

Forma  Concentración  U. Medida  No. Unidades

*Jaime Correa A*  
Rayos X  
Firma y Código del Profesional

Firma del Usuario



No. DE (21-6):112/



No DE REGISTRO



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

*Rafael Tovar Poveda*

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Nit. 900.211.477 - 1

Unidos por un futuro Sano

[illegible]

NOMBRE: José Oliver Orrego

DOC. IDENTIFICACIÓN: 4913077

ENTIDAD: Asmet

DIAGNOSTICO: tos, fiebre

CÓDIGO CIE 10: 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

 EDAD: 61 años

| LUGAR     | DÍA | MES | AÑO |
|-----------|-----|-----|-----|
| (Ps Belen | 21  | 07  | 20  |

[illegible]

Agrupe los Medicamentos, Elementos y Procedimientos por Ordenes Médicas diferentes.  
Por Medicamentos de control use una sola Orden Médica.  
Recuerde usar las columnas (DOSIS-UNID - FREC.)

Belén de los Andaquies, Hospital Local San Roque, Calle 4 Cra. 7  
Albania, Centro de Salud Albania, Cra. 5 Calle 4 Esquina

San José del Fragua, Centro de Salud San José, Calle 6 No. 4 - 41  
Cunillo, Hospital Local Cunillo, Diag. 7 No. 4 - 30

NOMBRE MEDICO

No. DE REGISTRO



HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE

CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ

CENTRO DE SALUD ALBANIA

HOSPITAL LOCAL CURILLO

## A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

CÓDIGO LAB:

FECHA DE ATENCIÓN

DÍA MES AÑO

22 07 20

NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

114913077

RC

CC

SEXO

EDAD

ORDENADO POR:

TI

CE

M

F

Nº DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD

## HEMATOLOGÍA

| PARÁMETRO   | RESULTADO              | IBR                        |
|-------------|------------------------|----------------------------|
| HEMOGLOBINA | 12 g/dL                | H: 14-18 M: 12-16          |
| HEMATOCRITO | 34 %                   | H: 42-52 M: 36-48          |
| LEUCOCITOS  | 9900 /mm <sup>3</sup>  | 5.000 - 11.000             |
| NEUTROFILOS | 91.4 %                 | 55 - 70                    |
| LINFOCITOS  | 8.1 %                  | 25 - 40                    |
| MONOCITOS   | 3.3 %                  | 3 - 7                      |
| EOSINOFILOS | 0.2 %                  | 0 - 3                      |
| BASOFILOS   | 0.0 %                  | 0 - 1                      |
| PLAQUETAS   | 47000 /mm <sup>3</sup> | 150 - 400                  |
| VSG         | — mm / hora            | H: hasta 15<br>M: hasta 20 |

GOTA GRUESA:

HEMOCLASIFICACION:

## QUÍMICA SANGUÍNEA

## RESULTADO

IBR

ASPECTO DEL SUERO:

|                     |         |                       |
|---------------------|---------|-----------------------|
| GLICEMIA            | mg / dL | 70 - 100              |
| COLESTEROL TOTAL    | mg / dL | Hasta 200             |
| COLESTEROL HDL      | mg / dL | >50                   |
| COLESTEROL LDL      | mg / dL | <150                  |
| TRIGLICÉRIDOS       | mg / dL | <150                  |
| ÁCIDO ÚRICO         | mg / dL | H: 3.4-7.2 M: 2.4-5.6 |
| NITRÓGENO UREICO    | mg / dL | 7 - 18                |
| CREATININA          | mg / dL | 0.6 - 1.1             |
| BILIRRUBINA TOTAL   | mg / dL | Hasta 1.1             |
| BILIRRUBINA DIRECTA | mg / dL | Hasta 0.3             |

## COPROLÓGICO

COLOR: CONSISTENCIA: MOCO:

LEUCOCITOS: HEMATÍES:

ALMIDONES: GRASAS: LEVADURAS:

MICROBIOTA:

PARÁSITOS:

## INMUNOLOGÍA

## RESULTADO

IBR

VDRL:

NO REACTIVO

PCR:

Menor a 6 mg/L

RA:

Menor a 30 UI/mL

GRAVINDEX:

## UROANÁLISIS

## EXAMEN FÍSICO-QUÍMICO

## EXAMEN MICROSCÓPICO

|                   |          |                      |                         |
|-------------------|----------|----------------------|-------------------------|
| COLOR:            | Amarillo | LEUCOCITOS:          | 20-25+ c                |
| ASPECTO:          | Turbio   | HEMATÍES:            | 10-12 x c               |
| OLOR:             | —        | BACTERIAS:           | 2+                      |
| DENSIDAD:         | 1020     | MOCO:                | —                       |
| PH:               | 6.0      | LEVADURAS:           | —                       |
| GLUCOSA:          | —        | PSEUDOMICELIOS:      | —                       |
| CETONAS:          | —        |                      |                         |
| SANGRE:           | —        | CRISTALES URINARIOS: |                         |
| PROTEÍNAS:        | 2+       |                      | crystalos Amarillos: 4+ |
| UROBILINÓGENO:    | —        |                      |                         |
| BILIRRUBINAS:     | —        |                      |                         |
| NITRITOS:         | —        | CILINDROS URINARIOS: |                         |
| LEUCOCITOS:       | 1+       |                      |                         |
| CEL. EPITELIALES: | 0-2 x c  |                      |                         |
| CEL. RENALES:     | —        |                      |                         |

## FROTIS DE FLUJO VAGINAL

COLOR:

ASPECTO:

pH:

TEST DE AMINAS:

Trichomonas vaginalis:

PSEUDOMICELIOS:

HEMATÍES:

## COLORACION DE GRAM

OBSERVACIONES:

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL DE LABORATORIO



**Datos Paciente**

Identificación: CC 4913077 Fecha Nac. 04/04/1959  
 Nombre Completo : ORREGO VIDALES, JOSE OLIDER Edad: 61 años, 5 meses y  
 Dirección : BELEN DE LOS ANDAQUIES - Cabecera Municipal - Zona Urbana - Sexo: M  
 EL JARDIN -

**FOLIO No.: 839034**

Atendido(a) por: BERNAL TORRES, MILER ANDRES

Fecha Atención: septiembre 30 de 2020

**Llegada Paciente**

Ingreso Al Servicio: 09-30-2020 11:13 Fecha y Hora Atención 09-30-2020  
 Condición Paciente: Consciente Propios Medios SI  
 Causa de Atención: infección de tejidos blandos.  
 infección de tejidos blandos.  
 Categorización: 3  
 Análisis Triage:

**Anamnesis**

Motivo Consulta: "tengo infección".  
 Enfermedad Actual: Paciente de 61 años con antecedente de amputación a nivel de miembro inferior derecho en región femoral distal, quien ingresa por presentar salida de material purulento a nivel de la herida postquirúrgica, con dehiscencia; edema, eritema. Niega alzas térmicas, niega fiebre, niega dificultad respiratoria, niega tos.  
 Finalidad de la Atención: No Aplica Causa Externa: Enfermedad General

| Antecedentes                           | Valor            | Comentario                               | Alerta |
|----------------------------------------|------------------|------------------------------------------|--------|
| <b>Familiares</b>                      |                  |                                          |        |
| Hipertensión                           | No               | NIEGA                                    | NO     |
| Diabetes                               | Si               | HERMANA                                  | NO     |
| EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva) | No               | NIEGA                                    | NO     |
| Descripción General                    | HERMANA Y TIO DM |                                          | NO     |
| Otros                                  | NIEGA            |                                          | NO     |
| <b>Personales</b>                      |                  |                                          |        |
| ERC (Enfermedad Renal Crónica)         | No               |                                          | SI     |
| Hipertensión                           | Si               |                                          | SI     |
| Diabetes                               | No               |                                          | SI     |
| Patológicos                            | Si               | HTA<br>DISLIPIDEMIA<br>DIABETES MELLITUS | NO     |
| Quirúrgicos                            | No               | NIEGA                                    | NO     |
| Alérgicos / Tóxicos                    | No               | NIEGA                                    | NO     |
| Psiquiátricos                          | No               | NIEGA                                    | NO     |
| Otros                                  | NIEGA            |                                          | NO     |

Responsable de la Atención: BERNAL TORRES, MILER ANDRES

30/09/2020 15:07:27





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL  
**Rafael Tovar Poveda**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NT, 90021477-1

## Resumen Historia Clinica Urgencias BELEN DE LOS ANDAQUIES



### Datos Paciente

Identificación: CC 4913077 Fecha Nac. 04/04/1959  
Nombre Completo : ORREGO VIDALES, JOSE OLIDER Edad: 61 años, 5 meses y  
Dirección : BELEN DE LOS ANDAQUIES - Cabecera Municipal - Zona Urbana - Sexo: M  
EL JARDIN -

FOLIO No.: 839034

Atendido(a) por: BERNAL TORRES, MILER ANDRES

Fecha Atención: septiembre 30 de 2020

| Control de Medicamentos |          |                                                                                               |              |        |
|-------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------|
| Fecha Hora Toma         | Item     | Descripcion                                                                                   | Posologia    | Alerta |
| Sep 30 2020 12:03PM     | 10310131 | CLINDAMICINA *600 MG AMPOLLETA DE 4ML                                                         | 1 Ampolla(s) | NO     |
|                         |          | Se Administra Intravenoso Diluido En 150Cc De Solucion Salina Normal Y Lento Sin Complicacion |              |        |
| Sep 30 2020 12:04PM     | 10301226 | Oxacilina (sal sódica) - 1 g polvo para inyección                                             | 1 Ampolla(s) | NO     |
|                         |          | Se Administra Intravenoso Diluido En 150Cc De Solucion Salina Normal Y Lento Sin Complicacion |              |        |
| Control de Materiales   |          |                                                                                               |              |        |
| Fecha Hora Toma         | Item     | Descripcion                                                                                   | Posologia    | Alerta |
| Sep 30 2020 12:04PM     | 10020188 | YELCOS # 20                                                                                   | 1 Unidad(es) | NO     |
|                         |          | Para Canalizar Vena                                                                           |              |        |
| Sep 30 2020 12:04PM     | 10020042 | EQUIPOS DE MACROGOTEO                                                                         | 1 Unidad(es) | NO     |
|                         |          |                                                                                               |              |        |
| Sep 30 2020 12:04PM     | 150      | BURETROL                                                                                      | 1 Unidad(es) | NO     |
|                         |          |                                                                                               |              |        |
| Sep 30 2020 12:04PM     | 10020064 | JERINGAS 10 ML                                                                                | 2 Unidad(es) | NO     |
|                         |          |                                                                                               |              |        |
| Sep 30 2020 12:05PM     | 10020503 | CATETER TAPON HEPARINIZADO                                                                    | 1 Unidad(es) | NO     |
|                         |          |                                                                                               |              |        |

Responsable de la Atención: BERNAL TORRES, MILER ANDRES

30/09/2020 13:58:03



# Resumen Atencion Historia Clínica - BELEN DE LOS ANDAQUIES

Paciente : CC 4913077 ORREGO VIDALES, JOSE OLIDER

Pag 2 / 5



|                                                |                     |           |    |
|------------------------------------------------|---------------------|-----------|----|
| EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) | No                  |           | SI |
| Fecha Diagnóstico Hipertensión                 | 2017-10-30 00:00:00 |           | SI |
| Fecha Inicia Control Hipertensión              | 2017-10-30 00:00:00 |           | SI |
| Fisiológicos                                   | No                  | NIEGA     | NO |
| Farmacológicos                                 | SI                  | ENALAPRIL | NO |
| Metabólicos                                    | No                  | NIEGA     | NO |
| EPOC Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica   | No                  | NIEGA     | NO |
| Tipo de Diabetes                               | No Aplica           | NIEGA     | NO |
| Etiología de ERC                               | No Aplica           | NIEGA     | NO |
| <b>Sexuales</b>                                |                     |           |    |
| Método de Planificación Actual                 | No Planifica        |           | NO |

| Exploraciones           | Valor | Alerta |
|-------------------------|-------|--------|
| Exámen por Sistemas     |       |        |
| General - Exámen Físico |       |        |

|                          |                             |                     |
|--------------------------|-----------------------------|---------------------|
| <b>Ingreso Urgencias</b> |                             |                     |
| Fecha Hora Ingreso:      | 30/09/2020 11:20:45         | Propios Medios True |
| Condicion Paciente:      |                             | 1                   |
| Responsable Ingreso:     | BERNAL TORRES, MILER ANDRES |                     |

|                                |                                                                                   |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Diagnósticos de Ingreso</b> |                                                                                   |
| L089                           | DX PRINCIPAL :INFECCION LOCAL DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO, NO ESPECIFICADA |
|                                | Impresión Diagnóstica                                                             |

| Signos Vitales      | Frecuencia Cardíaca | Frecuencia Respiratoria | Presión Sanguínea |            | Temperatura |
|---------------------|---------------------|-------------------------|-------------------|------------|-------------|
| Fecha Toma          |                     |                         | Sistólica         | Diastólica |             |
| 30/09/2020 11:16:27 | 68                  | 20                      | 107               | 74         | 36.2        |

|                              |                                                                                   |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Diagnósticos Consulta</b> |                                                                                   |
| L089                         | DX PRINCIPAL :INFECCION LOCAL DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO, NO ESPECIFICADA |
|                              | Confirmado Repetido                                                               |
| E139                         | DIABETES MELLITUS ESPECIFICADA, SIN MENCION DE COMPLICACION                       |
|                              | Impresión Diagnóstica                                                             |
| I10X                         | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)                                                  |
|                              | Impresión Diagnóstica                                                             |
| I872                         | INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)                                       |
|                              | Impresión Diagnóstica                                                             |

| <b>Ordenes Medicamentos</b> |                                                   |              |      |       |         |       |                 |
|-----------------------------|---------------------------------------------------|--------------|------|-------|---------|-------|-----------------|
| Item                        | Descripcion                                       | Posologia    |      |       |         |       | cantidad        |
| 10301226                    | Oxacilina (sal sódica) - 1 g polvo para inyección | 1 Ampolla(s) | cada | 1 Vez | durante | 1 Vez | 1 Fco(s)Ampolla |
| 10310131                    | CLINDAMICINA *600 MG AMPOLLETA DE 4ML             | 1 Ampolla(s) | cada | 1 Vez | durante | 1 Vez | 1 Fco(s)Ampolla |

Responsable de la Atención: BERNAL TORRES, MILER ANDRES

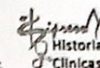
30/09/2020 15:07:27



# Resumen Atencion Historia Clinica - BELEN DE LOS ANDAQUIES

Paciente : CC 4913077 ORREGO VIDALES, JOSE OLIDER

Pag 3 / 5



| Ordenes Laboratorio |                                                                 |           |      |       |         |       |          |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------|------|-------|---------|-------|----------|
| Item                | Descripcion                                                     | Examen    |      |       |         |       | cantidad |
| 902207              | HEMOGRAMA I [HEMOGLOBINA<br>HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA]<br>MANUAL | 1 Toma(s) | cada | 1 Vez | durante | 1 Vez |          |
| 903825              | CREATININA EN SUERO, ORINA U<br>OTROS                           | 1 Toma(s) | cada | 1 Vez | durante | 1 Vez |          |
| 903856              | NITROGENO UREICO                                                | 1 Toma(s) | cada | 1 Vez | durante | 1 Vez |          |

## Notas Evolución

30/09/2020 11:16:29 Comentarios

BERNAL TORRES, MILER ANDRES

paciente en aceptable estado general, alerta, afebril al tacto, hidratado, orientado.  
cabeza y cuello: mucosa oral humeda, conjuntivas normocromicas, escleras anictericas, cuello movil no adenopatias, no ingurgitacion yugular. cardiopulmonar: torax simetrico, normoexpandible. ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, ruidos respiratorios sin agregados, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.  
abdomen: blando, ruidos intestinales presentes, no doloroso a la palpacion, sin signos de irritacion peritoneal  
dorso: puño percusion negativa, no espasmos musculatura del dorso  
extremidades: Edema eritema salida de material purulento, con dehiscencia a nivel de miembro inferior derecho a nivel de la región amputada.  
neurologico: alerta, orientado en las tres esferas, sin deficit motor o sensitivo aparente, fm 5/5 en cuatro extremidades, rot ++/++++.

Paciente con antecedentes importantes de trombosis venosa profunda con amputacion de MID, hipertensión arterial, diabetes mellitus en tratamiento con insulinas, dislipidemi, quien ingresa por presentar infección de tejidos blandos a nivel de herida postquirurgica, se evidencia dehiscencia de la herida con franca infeccion aguda, por lo tanto se decide hospitalizar al paciente para manejo antibiótico, se le explica al paciente que dicha lesión puede presentar mejoría o empeoramiento dependiendo de la respuesta al antibiótico, así mismo se decidirá en el transcurso de la semana si patología es necesario revisión por parte de medico tratante (ortopedista) y decidir manejo.

### plan

- hospitalización
- dieta hiposodica
- acompañante en horarios de visita.
- clindamicina 600 mg iv cada 12 hrs
- oxacilina 1 gr iv cada 12 hrs
- enoxaparina 80 mg sc cada 24 hrs.
- hidroxocina 1 amp iv dosis unica (aportada por el paciente).
- insulina degludec 30 u/sc/cada 24 hrs (aportada por el paciente)
- insulina aspart 3 u sc preprandiales cada 12 hrs (aportada por el paciente)
- enalapril 20 mg cada vo cada 12 hrs (aportada por el paciente)
- espirolactona 25 mg vo cada 24 hrs (aportada por el paciente).
- hemograma
- creatinina - bun
- csv -ac
- gracias.

Responsable de la Atención: BERNAL TORRES, MILER ANDRES

30/09/2020 15:07:27



# Resumen Atencion Historia Clinica - BELEN DE LOS ANDAQUIES

Paciente : CC 4913077 ORREGO VIDALES, JOSE OLIDER

Pag 4 / 5

Historias  
Clínicas

30/09/2020 11:42:20 Notas de Enfermería

ZAPATA ZAPATA, ANGELA TATIAN

11+04 AM INGRESA USUARIO DE 61 AÑOS DE EDAD AL SERVICIO DE URGENCIAS POR SUS PROPIOS MEDIOS EN COMPAÑIA DE ESPOSA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CONSCIENTE, ORIENTADA EN PERSONA, ESPACIO Y TIEMPO HIDRATADA, AFEBRIL, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ, SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATÍAS, NO RIGIDEZ NUCA, POR QUE REFIERE QUE LE DUELE LA HERIDA DE LA AMPUTACIÓN Y LA TIENE FEA, SE TOMA SIGNOS VITALES, TENSION ARTERIAL 107/71MM/HG FRECUENCIA CARDIACA 108 POR MINUTOS, SATURACIÓN 98%, TEMPERATURA 35.6°C, FRECUENCIA RESPIRATORIA 20 POR MINUTOS. MEDICO VALORA E INDICA.

11+16 AM ANÁLISIS: PACIENTE QUIEN INGRESA POR PRESENTAR INFECCIÓN DE TEJIDOS BLANDOS A NIVEL DE HERIDA POSTQUIRURGICA, SE EVIDENCIA DEHISCENCIA DE LA HERIDA CON FRANCA INFECCION AGUDA, POR LO TANTO SE DECIDE HOSPITALIZAR AL PACIENTE PARA MANEJO ANTIBIÓTICO, SE LE EXPLICA AL PACIENTE QUE DICHA LESIÓN PUEDE PRESENTAR MEJORA O EMPEORAMIENTO DEPENDIENDO DE LA RESPUESTA AL ANTIBIÓTICO, ASÍ MISMO SE DECIDIRÁ EN EL TRANSURSO DE LA SEMANA SI PATOLOGÍA ES NECESARIO REVISIÓN POR PARTE DE MEDICO TRATANTE (ORTOPEDISTA) Y DECIDIR MANEJO.

## PLAN

- hospitalización
- dieta hiposodica
- acompañante en horarios de visita.
- clindamicina 600 mg iv cada 12 hrs
- oxacilina 1 gr iv cada 12 hrs
- enoxaparina 80 mg sc cada 24 hrs.
- hidroxocina 1 amp iv dosis unica (aportada por el paciente).
- insulina degludec 30 u/sc/cada 24 hrs (aportada por el paciente)
- insulina aspart 3 u sc preprandiales cada 12 hrs (aportada por el paciente)
- enalapril 20 mg cada vo cada 12 hrs (aportada por el paciente)
- espironolactona 25 mg vo cada 24 hrs (aportada por el paciente).
- hemograma
- creatinina - bun
- csv -ac
- gracias.

11+58 AM SE PASA USUARIO A CAMILLA CON PREVIO CONSENTIMIENTO, SE CANALIZA VENA EN MIEMBRO DERECHO, CON YELCO NUMERO 20, UNICA PUNSION PIEL INTEGRAL, SE RECOJE MUESTRA DE SANGRE PARA HEMOGRAMA, CREATININA - BUN, SE COLOCA TAPON HEPARINIZADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO INDICADO POR EL MEDICO MILER BERNAL. SE LLAMA A LA DOCTOR LUDIS PARA QUE LAS MUESTRAS SEAN LLEVADAS PARA EL CENTRO DE SALUD SANJOSE ME INDICA QUE YA ME CONFIRMA QUE DEBO DE HACER.

12+00 PM SE INICIA TRATAMIENTO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE CLINDAMICINA POR 600MG INTRAVENOSO LENTO 150CC DE SOLUCION SALINA NORMAL 0.9% Y DILUIDO SIN COMPLICACION.

12+30 PM SE INICIA TRATAMIENTO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE OXACILINA POR 1GR INTRAVENOSO 150CC DE SOLUCION SALINA NORMAL 0.9% LENTO Y DILUIDO SIN COMPLICACION.

12+35 AM SE ENTREGAN MUESTRAS A CONDUCTOR JEFERSON ANTURY PARA SER TRASLADAS A CENTRO DE SALUD SANJOSE.

13+00 HORAS QUEDA USUARIO DE 61 AÑOS DE EDAD EN LE SERVICIO DE URGENCIAS, ALERTA, AFEBRIL, CONSIENTE, TRANQUILO, SOLO, CON DX INFECCION LOCAL DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO, NO ESPECIFICADO, PENDIENTE REPORTE DE LABORATORIO Y PASAR A HOSPITALIZACION.

30/09/2020 13:41:05 Notas de Enfermería

CICERY VALENZUELA, EDILSA

13+00 HORAS RECIBO USUARIO MASCULINO DE 61 AÑOS DE EDAD EN LE SERVICIO DE URGENCIAS, EN SILLA DE RUEDA, ALERTA AFEBRIL, CONSIENTE, TRANQUILO, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, ESPACIO, TIEMPO Y PERSONA, SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HIDRATADO, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, CON DX INFECCION LOCAL DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO, NO ESPECIFICADO, PENDIENTE REPORTE DE LABORATORIO Y PASAR A HOSPITALIZACION.

14+00 SE PASA USUARIO MASCULINO DE 61 AÑOS DE EDAD, AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN SILLA DE RUEDAS, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, ALERTA, AFEBRIL, CONSIENTE, TRANQUILO, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, ESPACIO, TIEMPO Y PERSONA, SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HIDRATADO, CANALIZADO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, CON CATETER HEPARINIZADO PARA TRATAMIENTO. SE ASIGNA UNIDAD Y SE ENTREGA A LA AUXILIAR DE TURNO MARIA EUGENIA OLAYA RODRÍGUEZ,

## Control de Medicamentos

| Fecha Hora Toma     | Item     | Descripción                                                                                   | Posología    |
|---------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Sep 30 2020 12:03PM | 10310131 | CLINDAMICINA *600 MG AMPOLLETA DE 4ML                                                         | 1 Ampolla(s) |
|                     |          | Se Administra Intravenoso Diluido En 150Cc De Solucion Salina Normal Y Lento Sin Complicacion |              |

Responsable de la Atención: BERNAL TORRES, MILER ANDRES

30/09/2020 15:07:27



# Resumen Atencion Historia Clinica - BELEN DE LOS ANDAQUIES

Paciente : CC 4913077 ORREGO VIDALES, JOSE OLIDER

Pag 5 / 5

Historias  
Clínicas

|                                                                                               |          |                                                   |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------|--------------|
| Sep 30 2020 12:04PM                                                                           | 10301226 | Oxacilina (sal sódica) - 1 g polvo para inyección | 1 Ampolla(s) |
| Se Administra Intravenoso Diluido En 150Cc De Solucion Salina Normal Y Lento Sin Complicacion |          |                                                   |              |

## Control de Materiales

| Fecha Hora Toma     | Item     | Descripcion                | Posologia    |
|---------------------|----------|----------------------------|--------------|
| Sep 30 2020 12:04PM | 10020188 | YELCOS # 20                | 1 Unidad(es) |
|                     |          | Para Canalizar Vena        |              |
| Sep 30 2020 12:04PM | 10020042 | EQUIPOS DE MACROGOTEO      | 1 Unidad(es) |
| Sep 30 2020 12:04PM | 150      | BURETROL                   | 1 Unidad(es) |
| Sep 30 2020 12:04PM | 10020064 | JERINGAS 10 ML             | 2 Unidad(es) |
| Sep 30 2020 12:05PM | 10020503 | CATETER TAPON HEPARINIZADO | 1 Unidad(es) |

## Control de Actividades y Procedimientos

| Fecha Hora Toma | Item | Descripcion | Posologia |
|-----------------|------|-------------|-----------|
|-----------------|------|-------------|-----------|

## Egreso Urgencias

Fecha Hora Egreso: 30/09/2020 14:00:24 Propios Medios SI

Causa Salida: 1

Responsable Salida: BERNAL TORRES, MILER ANDRES

## Diagnósticos de Egreso

|      |                                                                                   |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| L089 | DX PRINCIPAL :INFECCION LOCAL DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO, NO ESPECIFICADA |
|      | Impresión Diagnóstica                                                             |

Firma del  
Paciente:

*[Firma del Paciente]*

Firma del Profesional Responsable:

*Dr. Miler A. Bernal Torres*  
C.C. 1144075-827  
Médico ESQ

Firma de Enfermera(o) o  
Auxiliar:

*[Firma de Enfermera]*  
Enfermera

Responsable de la Atención: BERNAL TORRES, MILER ANDRES

30/09/2020 15:07:27





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**Rafael Tovar Poveda**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
Nº. 900.211.477 - 1

**REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES  
DE SERVICIOS DE SALUD RIPS**

*Remisión*  
Código: AS-F046  
Versión: 01  
Fecha de vigencia: 01-01-2013  
Página 1 de 2

HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE ☒ CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☐ CENTRO DE SALUD ALBANIA ☐ HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

**REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES DE SALUD**

I.P.S. Ese RPD Día 30 Mes 9 Año 20 No. DE FACTURA                       
HISTORIA No.                      AUTORIZACION No.                       
No. Identificación 4913077 Tipo                      C.C. ☒ Tarjeta de Identificación ☐ Menor sin identificación ☐  
Reg. Civil ☐ Adulto sin identificación ☐ Número Único de identificación ☐  
C. de Extranjería ☐ Pasaporte ☐

**I. IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Primer Apellido Ortega Segundo Apellido Viñales Nombres Jose Oliver  
Fecha de nacimiento Día 24 Mes 5 Año 59 SEXO ☒ Masculino ☐ Femenino ☐ Indeterminado  
Edad 61 Días                      Meses                      Año                       
Código Aseguradora: 062 Tipo Usuario Contributivo ☐ Subsidiado ☐  
Vinculado ☐ Particular ☐  
☐ Beneficiario ☐ Cotizante ☐ Adicional ☐  
Residencia Habitual  
Depto. Cauca Mpio. Bohío Dirección                       
Barrio/Vereda                      Tel.                      ZONA Urbana ☒ Rural ☐  
Tipo de Consulta Hospitalización Global o primera vez ☐  
Especialidad Medicina General Control o seguimiento ☐

**II. ATENCION / CONSULTA**

COD. DIAGNOSTICO PRINCIPAL 1089 TIPO DE DX ☒ I ☐ N ☐ R  
COD. DIAG. RELACIONADO 2                      TIPO DE DX ☐ I ☐ N ☐ R  
COD. DIAGNOSTICO PRINCIPAL                      TIPO DE DX ☐ I ☐ N ☐ R  
COD. DIAG. RELACIONADO 2                      TIPO DE DX ☐ I ☐ N ☐ R

**CAUSA EXTERNA**

|                                                |                                                   |                                                      |                                                    |                                                   |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/>  | Evento Catastrófico <input type="checkbox"/>      | Sospecha Violencia Sexual <input type="checkbox"/>   | Atención del parto <input type="checkbox"/>        | Det. Alt. Embarazo <input type="checkbox"/>       |
| Accidente de Tránsito <input type="checkbox"/> | Lesión por Agresión <input type="checkbox"/>      | Sospecha Maltrato Emocional <input type="checkbox"/> | Atención recién nacido <input type="checkbox"/>    | Det. Alt. Adulto <input type="checkbox"/>         |
| Accidente Rábico <input type="checkbox"/>      | Lesión auto infligida <input type="checkbox"/>    | Enfermedad general <input type="checkbox"/>          | Atención plan Familiar <input type="checkbox"/>    | Det. Alt. Agudeza Visual <input type="checkbox"/> |
| Accidente Ofídico <input type="checkbox"/>     | Sospecha Maltrato Físico <input type="checkbox"/> | Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>      | Det. Alt. C y D < 10 años <input type="checkbox"/> | Det. Enf. Profesional <input type="checkbox"/>    |
| o Tp. Accidente <input type="checkbox"/>       | Sospecha Abuso Sexual <input type="checkbox"/>    | Otra <input type="checkbox"/>                        | Det. Alt. C y D Joven <input type="checkbox"/>     | No aplica <input type="checkbox"/>                |

F.U.M. Día                      Mes                      Año                      Tipo Discapacidad                      GRADO                       
CONDUCTA                      Días de incapacidad                      De la Conducta ☐ Del Cuidado Personal ☐ Leve ☐  
Remisión ☐ De la Locomoción ☐ De la Destreza ☐ Moderada ☐  
Interconsulta ☐ De la Comunicación ☐ De la Determinada Aptitud ☐ Severa ☐  
Contrarreferencia ☐ De la Disposición del Cuerpo ☐ Otras Restricciones de la Actividad ☐

**III. PROCEDIMIENTO**

Fecha de procedimiento Día                      Mes                      Año                      Código de procedimiento                       
Ámbito de Realización                      Ambulatorio                      Hospitalario                      En Urgencias                       
Finalidad: Diagnóstico                      Terapéutico                      Protección                      Específica                       
                     Detección temprana Enf. General                      Detección Temprana Enf. Prof.                       
Código Diagnóstico Principal                      Código Diagnóstico Relacionado                      Complicaciones                       
PERSONA ATIENDE                      M. Especialista                      M. General                      Enfermera                      Aux Enfermera                      Otro                       
Forma de realización                      Único o Unilateral                      Múltiple o bilateral, misma vía diferente especialidad                      Múltiple o bilateral, misma vía igual especialidad                       
                     Único o bilateral, misma vía diferente especialidad                      Múltiple o bilateral, misma vía igual especialidad









MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES  
ANEXO TÉCNICO N°9 (Resolución 4331 de 2012)

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
Rafael Tovar Poveda  
SECRETARÍA GENERAL DEL ESTADO  
BOGOTÁ

CÓDIGO: AS-F043

| INFORMACIÓN DEL PRESTADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                     | FECHA:                       | HORA:                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------|
| Nombre:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | E S E R A F A E L T O V A R P O V E D A             | 2 0 2 0 / 0 6 / 2 5          | 0 0 : 0 0               |
| Código:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 8 6 1 0 0 2 0 0 3                                 | NIT:                         | X 9 0 0 2 1 1 4 7 7 - 1 |
| Teléfono:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                     | Dirección prestador:         |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                     | Departamento:                | CAQUETÁ 0 1 8           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                     | Municipio:                   | BELEN                   |
| DATOS DEL PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                     |                              |                         |
| ORREGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | VIDALES                                             | JOSE                         | OLIDER                  |
| Tipo de Documento de Identificación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                              |                         |
| <input type="checkbox"/> Registro civil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Pasaporte                  | 4 9 1 3 0 7 7                |                         |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Adulto sin identificación  |                              |                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Menor sin identificación   |                              |                         |
| <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Certificado de nacido vivo |                              |                         |
| Dirección de Residencia Habitual:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                     | Fecha de nacimiento:         | 0 4 / 0 4 / 1 9 5 9     |
| Departamento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     | TEL:                         | 3 1 4 5 8 5 5 3 4 2     |
| CAQUETA 0 1 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     | BELEN DE LOS ANDAQUIES       |                         |
| Municipio:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |                              |                         |
| ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     | ASMET SALUD                  | CÓDIGO: 0 9 4           |
| DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |                              |                         |
| Tipo de Documento de Identificación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                              |                         |
| <input type="checkbox"/> Registro civil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Pasaporte                  | Primer Nombre                |                         |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Adulto sin identificación  | Segundo Nombre               |                         |
| <input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Menor sin identificación   |                              |                         |
| Dirección de Residencia Habitual:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                     |                              |                         |
| Departamento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     | Teléfono:                    |                         |
| CAQUETA 6 1 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     | BELEN DE LOS ANDAQUIES 0 9 4 |                         |
| Municipio:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |                              |                         |
| PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                              |                         |
| Nombre:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                     | Tel:                         |                         |
| MILER ANDRES BERNAL TORRES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     | 3 1 2 4 1 0 1 4 9 3          |                         |
| Servicio que solicita la referencia:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                     | Indicativo - Número          |                         |
| URGENCIAS PRIMER NIVEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                     | Extensión                    |                         |
| Servicio para el cual se solicita la referencia:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     | Teléfono celular:            |                         |
| ORTOPEDIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                     | 3 1 2 4 1 0 1 4 9 3          |                         |
| paciente en aceptable estado general, alerta, afebril al tacto, hidratado, orientado.<br>cabeza y cuello: mucosa oral húmeda, conjuntivas normocromicas, escleras anictericas, cuello móvil no adenopatías, no ingurgitación yugular cardiopulmonar: torax simétrico, normoexpandible, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios sin agregados, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.<br>abdomen: blando, ruidos intestinales presentes, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal<br>dorso: puño percusión negativa, no espasmos musculatura del dorso<br>extremidades: Edema eritema salida de material purulento, con dehiscencia a nivel de miembro inferior derecho a nivel de la región amputada.<br>neurologico: alerta, orientado en las tres esferas, sin déficit motor o sensitivo aparente, fm 5/5 en cuatro extremidades, rot ++/++++. |                                                     |                              |                         |
| Paciente con antecedentes importantes de trombosis venosa profunda con amputación de MID, hipertensión arterial, diabetes mellitus en tratamiento con insulinas, dislipidemia, quien ingresa por presentar infección de tejidos blandos a nivel de herida postquirúrgica, se evidencia dehiscencia de la herida con franca infección aguda, por lo tanto se decide hospitalizar al paciente para manejo antibiótico, sin embargo recibió manejo con clindamicina y oxacilina, la cual no responde la herida a nivel de muñon ya que se evidencia apertura de 6x5 cms de la misma con material purulento, por lo tanto se decide remitir a paciente a centro de II nivel para manejo con ortopedia. Se comenta con maría Inmaculada aceptado por dr oscar rojas.                                                                                                                                               |                                                     |                              |                         |
| ...splintización<br>- dieta hiposódica<br>- clindamicina 600 mg iv cada 12 hrs<br>- oxacilina 1 gr iv cada 12 hrs<br>- enoxaparina 80 mg sc cada 24 hrs.<br>- hidroxicina 1 amp iv dosis única (aportada por el paciente).<br>- insulina degludec 30 u/sc/cada 24 hrs (aportada por el paciente)<br>- insulina aspart 3 u sc preprandiales cada 12 hrs (aportada por el paciente)<br>- enalapril 20 mg cada vo cada 12 hrs (aportada por el paciente)<br>- espirolactona 25 mg vo cada 24 hrs (aportada por el paciente).<br>- remisión a centro de II nivel. Dr oscar rojas.<br>csv -ac<br>gracias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                     |                              |                         |

Dr. Miler A. Bernal Torres  
C.C. 146.075.677  
Médico FSC





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**Rafael Tovar Poveda**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NIT. 900.211.477 - 1

## EPICRISIS MÉDICA

Código: AS-F032  
Versión: 01  
Fecha de vigencia: 01-01-2014  
Página 1 de 2

HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE ☒ CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☐ CENTRO DE SALUD ALBANIA ☐ HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

### A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

| FECHA DE INGRESO        |       |      | FECHA DE EGRESO  |       |      | N.º de Documento de Identidad / HC |     |      |
|-------------------------|-------|------|------------------|-------|------|------------------------------------|-----|------|
| Días                    | Meses | Años | Días             | Meses | Años | FEM                                | MAS | Edad |
| 30                      | 09    | 20   | 02               | 10    | 20   |                                    |     | 61   |
| URGENCIAS               |       |      | HOSPITALIZACIÓN  |       |      |                                    |     |      |
| Servicio                |       |      | Servicio         |       |      |                                    |     |      |
| PRIMER APELLIDO         |       |      | SEGUNDO APELLIDO |       |      | NOMBRES                            |     |      |
| OPPEGO                  |       |      | VIDALEI          |       |      | JOSE ELIDER                        |     |      |
| Fecha de Nacimiento: DD |       |      | MM               |       |      | AAAA                               |     |      |
|                         |       |      |                  |       |      |                                    |     |      |
| Lugar de Nacimiento:    |       |      | EPS:             |       |      |                                    |     |      |

### B. DIAGNÓSTICO, PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO

#### DIAGNÓSTICO DE EGRESO (principal y secundarios)

- INFECCIÓN DE TEJIDO BLANDO CON DEFICIENCIA EN  
MIEMBRO INFERIOR DERECHO.  
- DM2 IR - HTA - TVP.

#### PROCEDIMIENTO Y EXÁMENES PENDIENTES

#### TRATAMIENTO

Clindamicina 600 mg / 12h  
Oxazolidinona 1gr / 12h

#### INDICACIONES DE ALTA:

Permisión.

### C. ORDENAMIENTO

Registre con tinta negra y legible, redacte en forma clara y sin faltas de ortografía. No deje espacios en blanco entre las notas. Registre la fecha y hora precisas. Recuerde siempre firmar y sellar sus anotaciones.

1. Resumen de Anamnesis y Examen físico
2. Resumen de Evolución
3. Complicaciones
4. Condición final del paciente (señalar incapacidad funcional si la hubiere)
5. Pronóstico
6. Recomendaciones
7. Resultado de exámenes diagnósticos (incluir fechas)
8. Firma y código del profesional responsable

Paciente masculino de 61 años con diagnóstico anotado  
con múltiples comorbilidades en tratamiento antibiótico  
que a pesar de manejo instituido no responde  
se evidencia herida sobre contumacia con  
debilidad al paciente dado sus características

| ELABORÓ                                                 | REVISÓ                                                 | APROBÓ                              |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Laura Marroquín Mora<br>Oficina de Planeación y Calidad | Yohana Andrea Gonzalez Garzón<br>Subgerente Científica | Aldemar Casadiegos Jaime<br>Gerente |





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**Rafael Tovar Poveda**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NIT 900.211.477 - 1

## EPICRISIS MÉDICA

Código: AS-F032  
Versión: 01  
Fecha de vigencia: 01-01-2014  
Página 2 de 2

se decide remitir a centro de II nivel dado que  
presenta riesgo de SIRS. Se comenta con hospital  
manera inmediata aceptado por el doctor Rojas.  
Paciente se encuentra estable sin signos de  
distorsión con buen control glucémico lipídicos  
en rango con medicación glargina - Asparta HTA  
de base sin alteraciones  
Reactivos que evidencian leucocitos, neutrofilia  
trombocitosis.

Dr. Milen / Borja Torres  
E. Médica SSO

Nombre del médico

Registro profesional

Firma y sello

ELABORÓ

Laura Marroquín Mora  
Oficina de Planeación y Calidad

REVISÓ

Yohana Andrea González Garzón  
Subgerente Científica

APROBÓ

Aldemar Casadiego Jaime  
Gerente



## HOJA DE EVOLUCIÓN

Código: AS-F024

Versión: 01

Fecha de vigencia: 01-02-2014

Página 1 de 2

HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE ☐ CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☐ CENTRO DE SALUD ALBANIA ☐ HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

### A. IDENTIFICACION

No. HISTORIA CLINICA

SEXO: M ☒ F ☐

**SERVICIO:**

N° CAMA:

|              |      |       |      |
|--------------|------|-------|------|
| <b>EDAD:</b> | Años | Meses | Días |
|--------------|------|-------|------|

012560

Vivales

Rose Ojiden

1er. Apellido

**2º. Apellido**

## Nombres

## B- ORDENAMIENTO

1. Información que manifieste el paciente, 2. Signos vitales, 3. Hallazgos más importantes, 4. Complicaciones, 5. Diagnóstico presuntivo, 6. Diagnóstico definitivo, 7. Tratamiento, 8. Resultados del tratamiento, 9. Cambios en el manejo del paciente, 10. Observaciones, 11. Firma y sello de la persona que brinda la atención.

| FECHA |     |      | HORA    | EVOLUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------|-----|------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DÍA   | MES | AÑO  |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 1     | 10  | 2020 | 8:30 AM | <p>De infección local de la piel y del tejido subcutáneo no especificado + diabetes Mellitus + Hipertensión esencial + insuficiencia venosa, por lo que se ingresó en hospitalización diagnóstica y de tratamiento, manifestando estar febril, decaído por síntomas de emperecencia de pierna derecha, con signs de infección aguda, con sensación de calor intenso, paciente quite de la continuación en hospitalización, en tratamiento de patologías de base, se le explica a la esposa de que se le debe dar suer por las caídas y a la de apoyo de la pierna por el dolor por el proceso de diagnóstico, se le explica que se le dará un medicamento y se le dará suer por el dolor en el proceso de diagnóstico, se le explica que se le dará un medicamento y se le dará suer por el dolor en el proceso de diagnóstico.</p> |
| 02    | 10  | 2020 |         | <p>DIAGNÓSTICO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. INFECCIÓN DE TEJIDO BLANDO MUÑCA PIERNA DERECHA.</li> <li>2. Herida sin contaminación.</li> <li>3. Diabetes Mellitus tipo 2. Insulinorequiente.</li> <li>4. Hipertensión Arterial</li> <li>5. Obesidad.</li> <li>6. ANTECEDENTE DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA CON AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO A NIVEL DE TERCIO DISTAL.</li> </ol> <p>(SU) TRATAMIENTO: ANTIBIÓTICO CLINDAMICINA + OXACILINA VIA I.V.</p> <p>SUBJETIVO: TOLERANDO VIA ORAL CON DEPRIMIÓN Y MUCOSA PÁLIDA COMENTA QUE PERMITE CON SALIDA DE MATERIAL PROVENIENTE, ERITEMA, PAIN CONTINÚO.</p> <p>OBJETIVO: SV: TA: 120/74 mmHg, FC 92 lpm, TP: 20 ppm. SPO2 98%. NORMOCETALIA, MUÑCA HUMEDA ESCALA ANICERIAN ROMANA</p>                                                                      |

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL TRATANTE

| ELABORÓ                                                 | REVISÓ                                                 | APROBÓ                              |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Laura Marroquin Mora<br>Oficina de Planeación y Calidad | Yohana Andrea González Garzón<br>Subgerente Científica | Aldemar Casadiegos Jaime<br>Gerente |





# HOJA DE EVOLUCIÓN

Código: AS-F024

Versión: 01

Fecha de vigencia: 01-02-2014

Página 2 de 2

| FECHA |     |     | EVOLUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------|-----|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DÍA   | MES | AÑO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|       |     |     | <p> <b>WUELLO SIMÉTRICO</b> MOVIL SIN ADENOPATÍAS. NO INJEREN<br/> <b>MECAN. TORAX</b> NORMOEXPANSIBLE SIN CRISTALIZACIÓN<br/> <b>DE MÚSCULOS ACCESORIOS</b>, PULMONES HERNIADOS POSTERIO<br/> <b>TENDON CARDÍACOS</b> SIN CRISTALIZACIÓN. RÍMOS CON LOS LÍMITES<br/> <b>CARDÍACOS</b> CAMPO PULMONARES NORMOVENTILADOS SIN RUIDO<br/> <b>GRANDE</b> ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN MASA AL<br/> <b>MECAN. GLU:</b> puño percusión negativa Extremidades:<br/> <b>Ulnares</b>, amputación a nivel de tercio distal de la<br/> <b>plana derecha</b> con herida en mano de burla entera<br/> <b>con material</b> pulcero, dehiscencia, sutió con material<br/> <b>SUC:</b> CONCIENTE ALÉCTA ORIENTADA. </p> <p> <b>ANALISIS:</b> Paciente masculino quien se encuentra hospitalizado<br/> en contexto de infección de tejidos blandos a nivel<br/> de mano quien se inició tratamiento antibiótico.<br/> Sin embargo la herida persiste con salida de material<br/> purulento con crecimiento en apertura de 5 x 6 cm.<br/> gracia continuando. Se considera que dada las<br/> características de la infección, es necesario<br/> remitir a centro de tercer nivel para valoración<br/> de ortopedista tratante, dado que no contamos<br/> con servicio de CX y paciente presenta riesgo<br/> de SIRS. POR LO TANTO SE CARGA EL PACIENTE EN<br/> EL NIVEL MARIA INMACULADA, ACEPTADO POR DR<br/> CARLOS POJAS. </p> <p> Dr. <i>[Firma]</i><br/> <i>[Sello]</i> </p> |

**ELABORÓ**  
Laura Marroquin Mora  
Oficina de Planeación y Calidad

REVISÓ  
Yohana Andrea Gonzalez Garzón  
Subgerente Científica

**APROBÓ**  
Aldemar Casadiegos Jaime  
Gerente









MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**Rafael Tovar Poveda**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
Nº 900.211.477 - 1

## HOJA DE TRATAMIENTO

Código: AS-F030  
Versión: 01  
Fecha de vigencia: 01-02-2014  
Página 1 de 2

HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE ☒

CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☐

CENTRO DE SALUD ALBANIA ☐

HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

### A. IDENTIFICACIÓN

SERVICIO:

No. HISTORIA CLÍNICA

Nº CAMA:

SEXO: M ☒ F ☐

EDAD:

Años

Meses

Días

1er. Apellido

2º. Apellido

Nombres

### B. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Registre con tinta negra y legible, redacte en forma clara y sin faltas de ortografía. No deje espacios en blanco entre las notas. Registre la fecha y hora precisas.  
Recuerde siempre firmar y sellar sus anotaciones.

DESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTO,  
VÍA, DOSIS E INDICACIONES

FECHAS Y HORAS DE ADMINISTRACIÓN

| DD                               | MM | AA | DD | MM | AA | DD   | MM | AA | DD | MM | AA | DD | MM | AA | DD | MM | AA |
|----------------------------------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 30                               | 9  | 20 | 1  | 10 | 20 | 2    | 10 | 20 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Solución Salina para Tratamiento |    |    | 12 |    |    | 24   |    |    | 12 |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Clindamicina sup 600mg           |    |    | 12 |    |    | 12   |    |    | 12 |    |    |    |    |    |    |    |    |
| iv c/ 12 h.                      |    |    | 24 |    |    | 24   |    |    | 7  |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Oxacelina sup 1gr.               |    |    | 10 |    |    | 10   |    |    | 10 |    |    |    |    |    |    |    |    |
| c/ 12 h.                         |    |    | 22 |    |    | 22   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Enoxaparina 80mg                 |    |    | 18 |    |    | (18) |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| vía SC.                          |    |    |    |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Insulina Aspart 3c               |    |    |    |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 3 u ± antes del desayuno         |    |    |    |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| y almuerzo. Truida por pte       |    |    |    |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Espironolactona tab              |    |    | 20 |    |    | 20   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 25mg c/ 24 Truida por el pte     |    |    |    |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

FIRMA Y SELLO DEL  
RESPONSABLE

1er. TURNO

2do. TURNO

3er. TURNO

ELABORÓ

Laura Marroquín Mora  
Oficina de Planeación y Calidad

REVISÓ

Yohana Andrea González Garzón  
Subgerente Clínica

APROBÓ

Ademar Casariego Jaime  
Gerente





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**Rafael Tovar Poveda**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NIT 900.211.477 - 1

## NOTAS DE ENFERMERÍA

Código: AS-F026  
Versión: 01  
Fecha de vigencia: 01-02-2014  
Página 1 de 2

HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE ☒

CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☐

CENTRO DE SALUD ALBANIA ☐

HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

### A. IDENTIFICACIÓN

SERVICIO:

Orrego

No. HISTORIA CLÍNICA

N° CAMA:

SEXO: M ☒ F ☐

EDAD:

Años

Meses

Días

1er. Apellido

2º. Apellido

Vidales

Jose elider

Nombres

### B. ORDENAMIENTO

- Registre con tinta negra y legible, redacte en forma clara y sin fallas de ortografía. No deje espacios en blanco entre las notas. registre la fecha y hora precisa.
- Registre los cuidados de enfermería, los procedimientos y tratamientos intravenosos, características y localización de catéteres. Resumen cáfalo caudal del estado del paciente que se está tratando, resaltar sus prioridades como son estado de conciencia, estado de la piel, infusión de líquidos por vía oral y endovenoso, observación de heridas, sitios de inserciones como tubos, drenes, sondas, etc.
  - Recuerde siempre firmar y sellar sus anotaciones.

| FECHA |     |     | HORA<br>(24 horas) | ANOTACIONES DE ENFERMERÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | FIRMA Y<br>SELLO |
|-------|-----|-----|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| DÍA   | MES | AÑO |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |
| 30    | 9   | 20  | 14                 | Ingresar usuario, alerta, orientado<br>consciente, en silla de ruedas<br>en compañía de la auxiliar de<br>enfermería Edilys Quiroz al<br>servicio de hospitalización proce-<br>dente del Servicio de Urgencias.<br>También en compañía de ella la<br>esposa, Dx: Infección local<br>de la piel, con herida cubierta<br>con Compreso y gasa permeable<br>y afrontada con esparadrapo post-<br>quirúrgico de amputación de miembro<br>inferior derecho encima de la<br>rotula. Se asigna unidad<br>con turno de TD. 107-71min<br>Frecuencia Cardíaca 96 x Frecu-<br>encia respiratoria 20 x Tempera-<br>tura 36.1 grados 3PO 98% hospitali-<br>zación ordenada por el médico<br>Milor Andres Bernal |                  |
|       |     |     | 18                 | Se administra Vio Subcutanea.<br>40mg de Enoxaparna Sin Complica-<br>ción. Primer se explica para que sirva<br>el medicamento ordenado.<br>Toma de glucemia preprandial<br>92 mg/dL y se informa al médico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |
|       |     |     | 19                 | Queda en Unidad, alerta, orientado<br>solo, consciente, presenta rash,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |

ELABORÓ

Laura Marroquin Mora  
Oficina de Planeación y Calidad

REVISÓ

Subgerente Científica

APROBO

Aldemar Casadiegos Jaime  
Gerente

2014

LO

Días

GRAN  
TOTAL



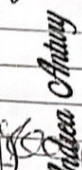
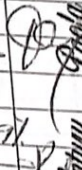
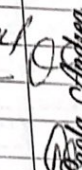
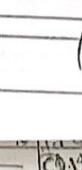


### NOTAS DE ENFERMERÍA

Código: AS-F026  
Versión: 01  
Fecha de vigencia: 01-02-2014  
Página 2 de 2

09-2014

RILLO ☐

| FECHA |     |      | HORA<br>(24 horas) | ANOTACIONES DE ENFERMERÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | FIRMA Y SELLO                                                                                                                                        |
|-------|-----|------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DÍA   | MES | AÑO  |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                      |
| 30    | 9   | 20   | 19:00              | Se informa al médico de turno del mismo 2 veces, y refiere sentirse mucho mejor, con TA 100/67 mmHg. FC: 90, FR: 20, SPO2 98%, T: 36.5°C. Paciente masculino de 61 años de edad, alerta, Orientado, Consciente, tranquilo, afebril, en Unidad en el servicio de hospitalización. En cama, se observa en aceptable estado general, con catéter heparinizado en miembro superior derecho y electrolitos. Vena permeable, con amputación de MID. Se observa herida postquirúrgica; infectada con puntos de sutura con suturas de poli. Se cubre con vendaje. Con Dx: Infección local de la piel y del tejido subcutáneo, no especificada con signos vitales T: 37.1/37.7 mmHg. FC: 90 P.P.M., SPO2: 96% ambiente. T: 36.1/36.2 P.P.M. | <br>PAOLA ANDUEZA ANTINY<br>AUX. DE ENFERMERÍA<br>REG. PAR 6328   |
| 30    | 09  | 2020 | 20:00              | Se administra Espironolactona 75 mg V.O sin complicaciones. Se administra 30 U.F. de insulina deglúscida sin ninguna complicación. Chetapril 20mg V.O sin ninguna complicación. Medicamentos que son aportados por el familiar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <br>PAOLA ANDUEZA ANTINY<br>AUX. DE ENFERMERÍA<br>REG. PAR 6328 |
| 30    | 09  | 2020 | 22:00              | Se administra Oxacilina 1gr en 200cc de solución salina normal oral. Teste sin complicaciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <br>PAOLA ANDUEZA ANTINY<br>AUX. DE ENFERMERÍA<br>REG. PAR 6328 |
| 30    | 09  | 2020 | 24:00              | Se administra Clindamicina 600mg en 300cc de solución salina normal oral. Teste sin complicaciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <br>PAOLA ANDUEZA ANTINY<br>AUX. DE ENFERMERÍA<br>REG. PAR 6328 |
| 01    | 10  | 2020 | 06:00              | Paciente refiere pasar una buena noche. Se toma Glucometría preprandial. 76 mg/dl. Se informa al médico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <br>PAOLA ANDUEZA ANTINY<br>AUX. DE ENFERMERÍA<br>REG. PAR 6328 |

|                                                                    |                                 |                                               |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------|
| ELABORÓ<br>Laura Marroquín Mora<br>Oficina de Planeación y Calidad | REVISÓ<br>Subgerente Científica | APROBÓ<br>Aldemar Casadiegos Jaime<br>Gerente |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------|

|                                                                    |                                 |                                               |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------|
| con Base Furosinada                                                |                                 |                                               |
| ELABORÓ<br>Laura Marroquín Mora<br>Oficina de Planeación y Calidad | REVISÓ<br>Subgerente Científica | APROBÓ<br>Aldemar Casadiegos Jaime<br>Gerente |



NOTAS DE ENFERMERÍA

Código: AS-F026  
Versión: 01  
Fecha de vigencia: 01-02-2014  
Página 1 de 2

HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE

CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☐

CENTRO DE SALUD ALBANIA

HOSPITAL LOCAL CURILLO

SERVICIO: Hospitalización  
Orreaga  
1er. Apellido

No. HISTORIA CLINICA

Nº CAMA.

SEXO: M ☒ F ☐

EDAD:

Meses

der

**Nombres**

**B. ORDENAMIENTO**  
Registre con el

- ORDENAMIENTO**

2°.Apellido Older Meses 01 Dias 01

Nombres Jose Older

Registre con tinta negra y legible, redacte en forma clara y sin faltas de ortografia. No deje espacios en blanco entre las notas. registre la fecha y hora precisa.

  - Registre los cuidados de enfermeria, los procedimientos y tratamientos intravenosos, caracteristicas y localización de catéteres . Resumen cefálo caudal del estado del paciente que se está tratando, resaltar sus prioridades como son estado de conciencia, estado de la piel, infusión de líquidos por vía oral y endovenoso, observación de heridas, sifios de inserciones como tubos, drenes, sondas, etc.
  - Recuerde siempre firmar y sellar sus anotaciones.

| FECHA |     |     | HORA<br>(24 horas) |
|-------|-----|-----|--------------------|
| DIA   | MES | AÑO |                    |
| 01    | 12  |     |                    |

| FECHA |     |      | HORA<br>(24 horas) | ANOTACIONES DE ENFERMERÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | FIRMA Y SELLO |
|-------|-----|------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| DÍA   | MES | AÑO  |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |
| 01    | 10  | 2020 | 6:10               | Se tomaron signos vitales T: 36.1°C SpO <sub>2</sub> : 98% ambiente. Mucosas: S. Depositos blancos en la lengua refiere pasar buena noche. Oídos: sin ruidos ni el nivel de los papeles es como. Sin acompañante con taponamiento nasal leve. Dermatec, alerta, orientado, consciente, tranquilo. Con herida cubierta con venda. Refiere paso muy buena noche. |               |
| 01    | 10  | 2020 | 7:00               | Paciente estable mayor en unidad tranquila, afebril, consciente, con catéter vesical. Se administra enalapril 20mg V.O. sin ninguna complicación.                                                                                                                                                                                                              |               |
| 01    | 10  | 2020 | 08:00              | Se toma glucometría 175 mg/dl. Se cubre al médico de guardia la médica día valorar al paciente ordenar curación 2 veces al día con Gelatina sin sabor.                                                                                                                                                                                                         |               |
| 01    | 10  | 2020 | 08:30 H            | Se realiza curación por la herida sale poco material sanguinolento. Herida con Robor. poca se dejó cubierta con Gasas Frosinada.                                                                                                                                                                                                                               |               |
| 01    | 10  | 2020 | 10:00 AM           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |

*Paola Andrea Arango*  
AUX. DE ENFERMERIA  
REC. PAR 4529

|               |            |        |                      |
|---------------|------------|--------|----------------------|
| Amalia Gumbay | 01.05.1975 | 75.976 | Asesor de Patrimonio |
| SENDA         |            |        |                      |
| Amalia Gumbay | 01.05.1975 | 75.976 | Asesor de Patrimonio |
| SENDA         |            |        |                      |

Na Quimbanda  
C. 440  
Rua de Enlame  
S. 10

|                                                         |                       |                                     |
|---------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| <b>ELABORÓ</b>                                          | <b>REVISÓ</b>         | <b>APROBÓ</b>                       |
| Laura Marroquin Mora<br>Oficina de Planeación y Calidad | Subgerente Científica | Aldemar Casadiegos Jaime<br>Gerente |





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Rafael Tovar Poveda

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NIT. 900.211.477 - 1

## NOTAS DE ENFERMERÍA

Código: AS-F026

Versión: 01

Fecha de vigencia: 01-02-2014

Página 2 de 2

HOSPITAL

A. IDE

SERV

B- Registrado

DIA

7

| DIA | MES | AÑO  | HORA<br>(24 horas) | ANOTACIONES DE ENFERMERÍA                                                                                                                                                                                                                                                                      | FIRMA Y SELLO                                                         |
|-----|-----|------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
|     |     |      |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       |
| 01  | 10  | 2020 | 10AM               | se administra oxacilina cap.<br>1grm. IV. luto y diluida<br>en 100cc. de SSN sin<br>ninguna complicación                                                                                                                                                                                       | Amalia Quimbaya C<br>Auxiliar de Enfermería<br>SENA                   |
|     |     |      | 12AM               | se toma glucometría 15mg/dl.                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |
| 01  | 10  | 2020 | 12H                | se informa al médico Dña.<br>se administra clindamicina<br>300mg. IV. luto diluida y<br>100cc. de SSN en botella.                                                                                                                                                                              | Amalia Quimbaya C<br>C.C. 40.775.76<br>Auxiliar de Enfermería<br>SENA |
|     |     |      | 16H                | se realiza curación en herida<br>con SSN herida infectada. Por<br>quirúrgica con salida de foga<br>pos. se evidencia puntos<br>de sutura, hay calor, rubor.<br>se deja cubierta con gasas<br>y. Gelatina sin sabor y en<br>paradrapo                                                           | Amalia Quimbaya C<br>Auxiliar de Enfermería<br>SENA                   |
|     |     |      | 18H                | no se administra Enoxaparina<br>cu. porque no hay en la insti-<br>tución se avisó al médico<br>de turno. Dña se toma<br>glucometría. 95mg/dl se inter-<br>vina al médico Dña                                                                                                                   | Amalia Quimbaya C<br>Auxiliar de Enfermería<br>SENA                   |
|     |     |      |                    | Queda ubicada en unidad<br>traumático, afebril, consciente con<br>catéter. Preparado, se admi-<br>nistra medicamentos preparados<br>sin ninguna complicación.<br>se toman signos vitales.<br>TA: 90/67. T 37.0. Sa 98%. Fc 98.<br>PR 20x1. Eluid. Varías heces<br>hizo 13 deposición. normales | Amalia Quimbaya C<br>Auxiliar de Enfermería<br>SENA                   |
|     |     |      | 19h.               | Recibe unido masculino. T 67 años<br>febril, en la unidad acubierto en posición<br>recubierto. Se le da curación<br>en la herida con calor para curar<br>No Signos vitales. En su T 37.0/67 7:31 PM                                                                                            | Amalia Quimbaya C<br>Auxiliar de Enfermería<br>SENA                   |

ELABORÓ

Laura Marroquin Mora  
Oficina de Planeación y Calidad

REVISÓ

Subgerente Científica

APROBÓ

Aldemar Casadiegos Jaime  
Gerente

Amalia Quimbaya C  
Auxiliar de Enfermería  
C.C. 40.775.76  
SENA



## NOTAS DE ENFERMERÍA

Código: AS-F026

Versión: 01

Fecha de vigencia: 01-02-2014

Página 1 de 2

HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE ☒CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☐CENTRO DE SALUD ALBANIA ☐HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

### A. IDENTIFICACION

No. HISTORIA CLINICA.

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | 2 | 1 | 3 | 0 | 2 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|

**SERVICIO:**

N° CAMA:

SEXO: M ☒ F ☐

EDAD: AC

03 51

Mesos

|  |       |
|--|-------|
|  | Class |
|--|-------|

1er. Apellido

2º. Apellido

Nombres

**B- ORDENAMIENTO**

Registre con tinta negra y legible, redacte en forma clara y sin fallas de ortografía. No deje espacios en blanco entre las notas. registre la fecha y hora precisa.

1. Registre los cuidados de enfermería, los procedimientos y tratamientos intravenosos, característicos y localización de catéteres . Resumen céfalo caudal del estado del paciente que se está tratando, resaltar sus prioridades como son estado de conciencia, estado de la piel, infusión de líquidos por vía oral y endovenoso, observación de heridas, sitios de inserciones como tubos, drenes, sondas, etc.
2. Recuerde siempre firmar y sellar sus anotaciones.

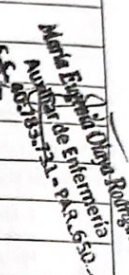
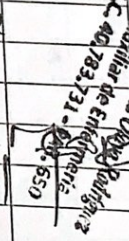
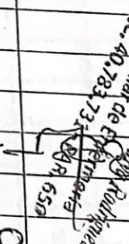
| FECHA |     |      | HORA<br>(24 horas) | ANOTACIONES DE ENFERMERÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | FIRMAY<br>SELLO |
|-------|-----|------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| DIA   | MES | AÑO  |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                 |
| 1     | 10  | 2010 | 20h                | Se administra analgésico, felfel de 70mg, 100,<br>55 pirondactone, 100 25 mg, 100, 55 administ<br>insulina, 100, 30 unid. Subcutáneo. c/4h. 100<br>Se cumplimentan op. 100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 100             |
|       |     |      | 22h                | Se administra oxacilina, 200. 10. blanco y<br>lento en 100cc de 55 unid 6 9% — 100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 100             |
| 1     | 10  | 2010 | 24h                | Se administra clindamicina 600mg, 10.<br>lento y lento en 700 cc de 55 unid 6 9% 100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 100             |
| 2     | 10  | 2010 | 06:59              | queda. unido en la posición acostado<br>en posición decubito lateral. despista<br>consciente. entubado en las 04:59, 100<br>durante la noche. 100, 100, 100.<br>refino para el granido, el paciente dice<br>que llora y unido mas con el punto<br>que se le a dicho a los 100, 100.<br>algun en la mañana unido y le control<br>al hijo de 100. 100, 2 veces, 100<br>unido, otro sintoma. queda con 100.<br>TA: 110/71 T: 36.4 P: 208 R: 292 x 100<br>27h. Recibo usuario en unidad, Camilla<br>alerta, orientado consciente, en<br>compañia de la esposa, con catéter<br>en miembro superior derecho, con<br>infección local de la piel x diabetes<br>mellitus, con herida cubierta con<br>couepres y Espasidrapo, con<br>signos vitales: TA 120/71 mmHg FC<br>92. T° 36.1° SPO 98 — 100 | 100             |

| ELABORÓ                                                 | REVISÓ                | APROBÓ                              |
|---------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| Laura Marroquin Mora<br>Oficina de Planeación y Calidad | Subgerente Científica | Aldemar Casadiegos Jaime<br>Gerente |





|                               |
|-------------------------------|
| Código: AS-F026               |
| Versión: 01                   |
| Fecha de vigencia: 01-02-2014 |
| Página 2 de 2                 |

| FECHA |     |     | HORA<br>(24 horas) | ANOTACIONES DE ENFERMERÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | FIRMA Y SELLO                                                                                                                          |
|-------|-----|-----|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DÍA   | MES | AÑO |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                        |
| 2     | 10  | 20  | 7:10               | Se toma glucometría 75 mg/dL y se le informa al médico de turno Wilson                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <br>Aux. de Enfermería<br>M. E. R. 1. - P. R. 650   |
|       |     |     | 8:00               | Se realiza curación en herida. Se realiza procedimiento con presión de sepsi y antisepsia. Se retiran gases con material porulento. Se observa signos de irritación, herida abierta, con rubor, edema, no calor. Se realizan toques con solución salina y se deja gelatina sin sabor en herida, ordenado por la médica dilacerado de maniquito y se dejan gases y compresa y esparadrapo. Se le explica al paciente la importancia de alimentación con verduras (hojas verdes) para mayor cicatrización. Refiere entender. |                                                                                                                                        |
|       |     |     | 8:00               | Se da vía oral 20 mg de Enalapril. Tabletas sin complicación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <br>Aux. de Enfermería<br>M. E. R. 1. - P. R. 650  |
|       |     |     | 10:00              | Se administra vía intravenosa lento y diluido 1 gramo de oxaglin. Ampolla en 100cc de solución salina.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                        |
|       |     |     | 12                 | Se pasa lento y diluido 600mg de clindamicina ampolla en 100cc de solución salina sin complicación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <br>Aux. de Enfermería<br>M. E. R. 1. - P. R. 650 |
|       |     |     | 12                 | Se toma glucometría 92 mg/dL. Se toman signos vitales TD 107/70 mmHg, FC 75, Fe 18, TO 36.1°C. Elimina 3 veces y una deposición blanda, para la mañana está bien, repite sentirse un poco mejor y sigue con tosquía.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                        |
|       |     |     | 13                 | Queda en libertad, tabletas consensuadas orientados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                        |

|                                                         |                       |                                     |
|---------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| ELABORÓ                                                 | REVISÓ                | APROBÓ                              |
| Laura Marroquin Mora<br>Oficina de Planeación y Calidad | Subgerente Científica | Aldemar Casadiegos Jaime<br>Gerente |





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**Rafael Tovar Poveda**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NÚM. 900.211.477 - 1

## NOTAS DE ENFERMERÍA

Código: AS-F026  
Versión: 01  
Fecha de vigencia: 01-02-2014  
Página 1 de 2

HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE ☒ CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☐ CENTRO DE SALUD ALBANIA ☐ HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

### A. IDENTIFICACIÓN

|                                                                        |                                |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| SERVICIO: Hospitalización                                              | No. HISTORIA CLINICA: 49113077 |
| 1er. Apellido: Orejón                                                  | 2º. Apellido: vidales          |
| SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | EDAD: Años 61 Meses 00 Días 00 |
| Nombres: Jose Oliver                                                   |                                |

### B. ORDENAMIENTO

Registre con tinta negra y legible, redacte en forma clara y sin fallas de ortografía. No deje espacios en blanco entre las notas. registre la fecha y hora precisa.  
1. Registre los cuidados de enfermería, los procedimientos y tratamientos intravenosos, características y localización de catéteres. Resumen cáculo caudal del estado del paciente que se está tratando, resaltar sus prioridades como son estado de conciencia, estado de la piel, infusión de líquidos por vía oral y endovenosa, observación de heridas, sitios de inserciones como tubos, drenes, sondas, etc.  
2. Recuerde siempre firmar y sellar sus anotaciones.

| FECHA |     |      | HORA<br>(24 horas) | ANOTACIONES DE ENFERMERÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | FIRMA Y<br>SELLO                                                   |
|-------|-----|------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| DÍA   | MES | AÑO  |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                    |
| 02    | 10  | 2020 | 13:00              | Recibo una vez de 61 años de edad, es el sereno de Hospitalización, al estar en el estado de conciencia, tranquilo en cama, en compañía de su esposa con hemidesambos, se observa un aceptable estado general, usamos refiere que se siente bien, camina en miembro superior derecho que es #20 con catéter heparinizado, con amputación en miembro superior derecho se observa herida postquirúrgica infectada, con entena se observan puntos de sutura. Drenaje que refiere pasar muy bien, mañana signos vitales: T: 36.1°C, FC: 75, FR: 18, T: 36.1°C, SpO2: 91% ambiente. | <i>Paula Andrea Antúnez</i><br>AUX. DE ENFERMERÍA<br>REG. PAR 6528 |
| 02    | 10  | 2020 | 16:00              | Se realiza curación de herida postquirúrgica de amputación de miembro inferior derecho. Se refina. gasea. Compro. Se observa herida con puntos de sutura infectada, con salida de pus. Con rubor, calor, dolor a la palpación, se realiza con solución de solución salina normal 0.9%, y yodine espuma. con presión pasapases y antisepsia, cubriendo herida con limpiador se cubre con gelatina sin sabor. compresa y se fijan con espe.                                                                                                                                      | <i>Paula Andrea Antúnez</i><br>AUX. DE ENFERMERÍA<br>REG. PAR 6528 |

| ELABORÓ                                                 | REVISÓ                | APROBÓ                             |
|---------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| Laura Marroquin Mora<br>Oficina de Planeación y Calidad | Subgerente Científica | Aldemar Casadiego Jaime<br>Gerente |

F033A

Fecha: 01-09-2014

HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

|       |      |
|-------|------|
| Meses | Días |
|       |      |

| TOTAL | DEVOLU<br>CIÓN | GRAN<br>TOTAL |
|-------|----------------|---------------|
|       |                |               |





## NOTAS DE ENFERMERÍA

Código: AS-F026  
Versión: 01  
Fecha de vigencia: 01-02-2014  
Página 2 de 2

1-09-2014

URILLO ☐

ss

Días

DEVOLUCIÓN

GRAN TOTAL

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

DIA MES AÑO HORA (24 horas)

02/10/2020 16:00

02/10/2020 18:00

02/10/2020 18:50

### ANOTACIONES DE ENFERMERÍA

FIRMA Y SELLO

AUX. DE ENFERMERÍA

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

REG. PAR 6528

adriapo, procedimiento que se realiza  
Sin ninguna complicación  
Se toma Glucometria preprandial  
100mg/dl. Se informa al medico  
de turno. Procedimiento su complicacion  
medica relacionada con su complicacion  
remision a mayor nivel de complejidad  
pide apoyo de IPS. Se confirma ya  
que la ambulancia de IPS. Pero se  
encuentra en traslado con paciente de  
urgencias. aceptado el Hospital Manu  
Inmortalidad. Dr. Oscar Rojas especialista  
dual Ortopedia.  
Se entrega unido en compendio de  
su esposa auxiliar de ambulancia  
apoyo de IPS. Se pide pathenne  
Muro. conductor edgar Ortiz, capit  
Onetudo. Concierte. Inguila, afebril  
con signos vitales T: 37.5, 95, 32 mmHg  
FC: 98, SP02: 95, ambu: 1:36, 1:36  
FR: 19 R.P. 17. con cateter heparinizado  
en miembro superior derecho yelco  
#20 vena permeable. con henda  
cubierta con compresa y fijada  
con esparadrapo. con dx: infeccion  
local de la piel y del tejido  
subcutaneo. direccionado para  
Hospital, Manu Inmortalidad. Florencia.  
Cuando que la ambulancia con todos  
los elementos de proteccion personal  
estado contingencia actual por covid-  
19 y recomendado por ONI y mini.  
tema de salud.

ELABORÓ

Laura Marroquin Mora  
Oficina de Planeación y Calidad

REVISÓ

Subgerente Científica

APROBÓ

Aldemar Casadiegos Jaime  
Gerente





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**Rafael Tovar Poveda**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NIT. 900.211.477 - 1

## HOJA DE CONSUMO MEDICAMENTOS

Código: AS-F033A  
Versión: 01  
Fecha de vigencia: 01-09-2014  
Página 1 de 4

HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE ☒ CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☐ CENTRO DE SALUD ALBANIA ☐ HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

A. IDENTIFICACIÓN  
SERVICIO: **hosp** No. HISTORIA CLINICA: **4913077**  
N° CAMA: **01** SEXO: **M** EDAD: **61** Años Meses Días  
**Orrego** **Vidales** **Jose Oliver**  
1er. Apellido 2do. Apellido Nombres

FECHA DE INGRESO: **30 9 20** FECHA DE EGRESO: **02 10 200** EPS: **062**

| MEDICAMENTOS                    | PRESENTACIÓN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | TOTAL | DEVOLUCIÓN | GRAN TOTAL |
|---------------------------------|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|------------|------------|
| Acetaminofen 100mg/mg           | Gotas        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Acetaminofen 150mg/ml           | Jarabe       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Acetaminofen 500mg              | Tabletas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Acido Acetil Salicilico 100mg   | Tabletas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Adrenalina 1mg/ml               | Ampollas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Aminofilina 240mg               | Ampollas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Amiodarona 150mg/3ml            | Ampollas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Amlodipino 10mg                 | Tabletas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Amlodipino 5mg                  | Tabletas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Amoxicilina 125mg/5ml           | Suspensión   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Amoxicilina 250mg/5ml           | Suspensión   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Ampicilina + sulbactam 1,5g     | Ampollas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Ampicilina 1g                   | Ampollas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Ampicilina 250mg/5ml            | Suspensión   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Ampicilina 500mg                | Ampollas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Atropina 1mg/ml                 | Ampollas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Azitromicina 500mg              | Tabletas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Azitromicina I 200mg/5ml        | Suspensión   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Beclometasona 50mcg             | Inhalador    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Betametasona 1%                 | Crema        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Betametasona 4mg/ml             | Ampollas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Betametasona 8mg/ml             | Ampollas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Bisacodilo 5mg                  | Tabletas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Bromuro de Ipratropio 20mcg     | Inhalador    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Bromuro de vecuronio 10mg/2.5ml | Ampollas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Captopril 25mg                  | Tabletas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Captopril 50mg                  | Tabletas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Cefalexina 250mg/5ml            | Suspensión   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Cefalotina 1g                   | Ampollas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Cefradina 1g                    | Ampollas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Ceftriaxona 1g                  | Ampollas     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |
| Cefuroxima 250mg/5ml            | Suspensión   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |            |            |

| ELABORÓ                                                         | REVISÓ                                                | APROBÓ                             |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Olga Marcela Torres Calderón<br>Oficina de Auditoría de Cuentas | Laura Marroquín Mora<br>Oficina de Planeación Calidad | Aldemar Casadiego Jaime<br>Gerente |

01-09-2014

CURILLO ☐

ses Días

DEVOLU-  
CIÓN GRAN  
TOTAL

1

1

1



HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE ☐CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☐CENTRO DE SALUD ALBANIA ☐HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

## A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

CÓDIGO LAB:

FECHA DE ATENCIÓN

DÍA MES AÑO

21 07 20

NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

Nº DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD

RC ☐CC ☐

SEXO

EDAD

ORDENADO POR:

TI ☐CE ☐

M

F

## HEMATOLOGÍA

| PARÁMETRO          | RESULTADO        | IBR                        |
|--------------------|------------------|----------------------------|
| HEMOGLOBINA        | g/dL             | H: 14-18 M: 12-16          |
| HEMATOCRITO        | %                | H: 42-52 M: 36-48          |
| LEUCOCITOS         | /mm <sup>3</sup> | 5.000 - 11.000             |
| NEUTROFILOS        | %                | 55 - 70                    |
| LINFOCITOS         | %                | 25 - 40                    |
| MONOCITOS          | %                | 3 - 7                      |
| EOSINOFILOS        | %                | 0 - 3                      |
| BASOFILOS          | %                | 0 - 1                      |
| PLAQUETAS          | /mm <sup>3</sup> | 150 - 400                  |
| VSG                | mm / hora        | H: hasta 15<br>M: hasta 20 |
| GOTA GRUESA:       |                  |                            |
| HEMOCLASIFICACION: |                  |                            |

## QUÍMICA SANGUÍNEA

| RESULTADO           | IBR                           |
|---------------------|-------------------------------|
| ASPECTO DEL SUERO:  |                               |
| GLICEMIA            | mg / dL 70 - 100              |
| COLESTEROL TOTAL    | mg / dL Hasta 200             |
| COLESTEROL HDL      | mg / dL >50                   |
| COLESTEROL LDL      | mg / dL <150                  |
| TRIGLICÉRIDOS       | mg / dL <150                  |
| ÁCIDO ÚRICO         | mg / dL H: 3.4-7.2 M: 2.4-5.6 |
| NITRÓGENO UREICO    | 38 mg / dL 7 - 18             |
| CREATININA          | 2.1 mg / dL 0.6 - 1.1         |
| BILIRRUBINA TOTAL   | 0.8 mg / dL Hasta 1.1         |
| BILIRRUBINA DIRECTA | 0.4 mg / dL Hasta 0.3         |

## COPROLÓGICO

|             |               |            |
|-------------|---------------|------------|
| COLOR:      | CONSISTENCIA: | MOCO:      |
| LEUCOCITOS: | HEMATÍES:     |            |
| ALMIDONES:  | GRASAS:       | LEVADURAS: |
| MICROBIOTA: |               |            |
| PARASITOS:  |               |            |

## INMUNOLOGÍA

## RESULTADO

## IBR

|            |                  |
|------------|------------------|
| VDRL:      | NO REACTIVO      |
| PCR:       | Menor a 6 mg/L   |
| RA:        | Menor a 30 UI/mL |
| GRAVINDEX: |                  |

## UROANÁLISIS

| EXAMEN FÍSICO-QUÍMICO | EXAMEN MICROSCÓPICO  |
|-----------------------|----------------------|
| COLOR:                | LEUCOCITOS:          |
| ASPECTO:              | HEMATÍES:            |
| OLOR:                 | BACTERIAS:           |
| DENSIDAD:             | MOCO:                |
| PH:                   | LEVADURAS:           |
| GLUCOSA:              | PSEUDOMICELIOS:      |
| CETONAS:              |                      |
| SANGRE:               | CRISTALES URINARIOS: |
| PROTEÍNAS:            |                      |
| UROBILINÓGENO:        |                      |
| BILIRRUBINAS:         |                      |
| NITRITOS:             | CILINDROS URINARIOS: |
| LEUCOCITOS:           |                      |
| CEL. EPITELIALES:     |                      |
| CEL. RENALES:         |                      |

## FROTIS DE FLUJO VAGINAL

|                        |                 |
|------------------------|-----------------|
| COLOR:                 | ASPECTO:        |
| pH:                    | TEST DE AMINAS: |
| Trichomonas vaginalis: |                 |
| PSEUDOMICELIOS:        |                 |
| HEMATÍES:              |                 |
| COLORACION DE GRAM     |                 |
| OBSERVACIONES:         |                 |

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL DE LABORATORIO



HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE ☐CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☐CENTRO DE SALUD ALBANIA ☐HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

## A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

|                              |  |                                                              |  |                  |  |                   |  |
|------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|------------------|--|-------------------|--|
| NOMBRE                       |  | PRIMER APELLIDO                                              |  | SEGUNDO APELLIDO |  | FECHA DE ATENCIÓN |  |
| Joa                          |  | Orrago                                                       |  | Vidales          |  | DÍA MES AÑO       |  |
| --4913077                    |  | RC <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> SEXO |  | EDAD             |  | 21 07 20          |  |
| No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD |  | TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>      |  | M F              |  | ORDENADO POR:     |  |

## HEMATOLOGÍA

| PARÁMETRO          | RESULTADO               | IBR                        |
|--------------------|-------------------------|----------------------------|
| HEMOGLOBINA        | 13 g/dL                 | H: 14-18 M: 12-16          |
| HEMATOCRITO        | 36 %                    | H: 42-52 M: 36-48          |
| LEUCOCITOS         | 13.000 /mm <sup>3</sup> | 5.000 - 11.000             |
| NEUTROFILOS        | 29.6 %                  | 55 - 70                    |
| LINFOCITOS         | 6.0 %                   | 25 - 40                    |
| MONOCITOS          | 3.9 %                   | 3 - 7                      |
| EOSINOFILOS        | 0.5 %                   | 0 - 3                      |
| BASOFILOS          | 0.0 %                   | 0 - 1                      |
| PLAQUETAS          | 163.000 mm <sup>3</sup> | 150 - 400                  |
| VSG                | — mm / hora             | H: hasta 15<br>M: hasta 20 |
| GOTA GRUESA:       | —                       |                            |
| HEMOCLASIFICACION: | —                       |                            |

## QUÍMICA SANGUÍNEA

| RESULTADO           | IBR                             |
|---------------------|---------------------------------|
| ASPECTO DEL SUERO:  |                                 |
| GLICEMIA            | 283 mg / dL 70 - 100            |
| COLESTEROL TOTAL    | — mg / dL Hasta 200             |
| COLESTEROL HDL      | — mg / dL >50                   |
| COLESTEROL LDL      | — mg / dL <150                  |
| TRIGLICÉRIDOS       | — mg / dL <150                  |
| ÁCIDO ÚRICO         | — mg / dL H: 3.4-7.2 M: 2.4-5.6 |
| NITRÓGENO UREICO    | — mg / dL 7 - 18                |
| CREATININA          | — mg / dL 0.6 - 1.1             |
| BILIRRUBINA TOTAL   | — mg / dL Hasta 1.1             |
| BILIRRUBINA DIRECTA | — mg / dL Hasta 0.3             |

## COPROLÓGICO

|             |               |            |
|-------------|---------------|------------|
| COLOR:      | CONSISTENCIA: | MOCO:      |
| LEUCOCITOS: | HEMATÍES:     |            |
| ALMIDONES:  | GRASAS:       | LEVADURAS: |
| MICROBIOTA: |               |            |
| PARASITOS:  |               |            |

| INMUNOLOGÍA | RESULTADO | IBR              |
|-------------|-----------|------------------|
| VDRL:       |           | NO REACTIVO      |
| PCR:        |           | Menor a 6 mg/L   |
| RA:         |           | Menor a 30 UI/mL |
| GRAVINDEX:  |           |                  |

## UROANÁLISIS

| EXAMEN FÍSICO-QUÍMICO       | EXAMEN MICROSCÓPICO                       |
|-----------------------------|-------------------------------------------|
| COLOR: Amarillo             | LEUCOCITOS: 20-25 x/c                     |
| ASPECTO: Turbio             | HEMATÍES: 20-25 x/c                       |
| OLOR: —                     | BACTERIAS: 1+                             |
| DENSIDAD: 1.015             | MOCO: 4+                                  |
| PH: 6.0                     | LEVADURAS: —                              |
| GLUCOSA: —                  | PSEUDOMICELIOS: —                         |
| CETONAS: —                  |                                           |
| SANGRE: 1+                  | CRISTALES URINARIOS: Fosfatos Amorfos: 4+ |
| PROTEÍNAS: 1+               |                                           |
| UROBILINÓGENO: —            |                                           |
| BILIRRUBINAS: —             |                                           |
| NITRITOS: —                 | CILINDROS URINARIOS: —                    |
| LEUCOCITOS: —               |                                           |
| CEL. EPITELIALES: 10-20 x/c |                                           |
| CEL. RENALES: —             |                                           |

## FROTIS DE FLUJO VAGINAL

|                        |                 |
|------------------------|-----------------|
| COLOR:                 | ASPECTO:        |
| pH:                    | TEST DE AMINAS: |
| Trichomonas vaginalis: |                 |
| PSEUDOMICELIOS:        |                 |
| HEMATÍES:              |                 |
| COLORACION DE GRAM     |                 |
| OBSERVACIONES:         |                 |

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL DE LABORATORIO





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES  
ANEXO TÉCNICO N°9 (Resolución 4331 de 2012)



RAFAEL TOVAR Poveda  
Médico SSO

CÓDIGO: AS-F043

FECHA: 2020/07/22 HORA: 18:10

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre: E S E R A F A E L T O V A R P O V E D A NIT: X 900211477-1  
Código: 1861002003 Dirección prestador: Departamento: CAQUETÁ Municipio: BELEN  
Teléfono: Indicativo: Número:

DATOS DEL PACIENTE

URREGO VIDALES JOSE  
Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre  
Tipo de Documento de Identificación  
☐ Registro civil ☐ Pasaporte  
☐ Tarjeta de identidad ☐ Adulto sin identificación  
☒ Cédula de ciudadanía ☐ Menor sin identificación  
☐ Cédula de extranjería  
Número documento de identificación: 4913077  
Fecha de nacimiento: 19540404  
Teléfono: 314585342  
Dirección de Residencia Habitual: BARRIO JARDIN  
Departamento: CAQUETÁ Municipio: BELEN

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: ASMET SALUD  
CÓDIGO: 1800

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Primer Apellido Primer Nombre Segundo Nombre  
Tipo de Documento de Identificación  
☐ Registro civil ☐ Pasaporte  
☐ Tarjeta de identidad ☐ Adulto sin identificación  
☐ Cédula de ciudadanía ☐ Menor sin identificación  
Número documento de identificación:  
Teléfono: 098  
Dirección de Residencia Habitual: BELEN  
Departamento: CAQUETÁ Municipio: BELEN

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre: MILER ANDRES BERNAL TORRES TLF: 3124101493  
Servicio que solicita la referencia: URGENCIAS NIVEL III SALA ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA  
Servicio para el cual se solicita la referencia: URGENCIAS. Teléfono celular:

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

DIAGNOSTICOS

1. INFECCION RESPIRATORIA AGUDA
- 1.1 INFECCION POR SARS COV-2 VS NEUMONIA BACTERIANA?
2. ENFERMEDAD RENAL AGUDA PRERRENAL
3. INFECCION DE VIAS URINARIAS
4. TROMBOCITOPENIA LEVE
5. HIPERTENSION ARTERIAL
6. DIABETES MELLITUS INSULINORREQUIRIENTE
7. OBESIDAD.

SUBJETIVO: REFIERE DEPOSICIONES DIARRÉICAS DIFICULTAD RESPIRATORIA, NIEGA TOS, REFIERE ALZAS TÉRMICAS NO CUANTIFICADAS.

OBJETIVO: FC 120 LPM, TA: 103/69 MMHG, T: 37.6, FR 24 RPM, SO2:95%.

LISIS: PACIENTE MASCULINO DE 65 AÑOS CON ANTECEDENTES IMPORTANTES CON INFECCION SUGESTIVA CON ALTA PROBABILIDAD POR SARS COV2 SCORE NEWS 2 5 PUNTOS QSOFA 1 PUNTO, CALL SIN LDH 8 PUNTOS, RIESGO INTERMEDIO CON COMORBILIDADES, LINFOPENIA, NEUTROFILIA, TROMBOCITOPENIA, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, CON DESCENSO EVOLUTIVO DE LINFOCITOS, ADEMÁS CON DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN DESATURACION, SIEMPRE HA PERSISTIDO POR ENCIMA DEL 95%. POR OTRO LADO CON INFECCION DE VIAS URINARIAS, EN TRATAMIENTO CON CEFALOTINA 1 GR IV CADA 6 HORAS. ES UN PACIENTE QUIEN REQUIERE DE ATENCION EN TERCER NIVEL YA QUE SALUD EMPEORA COMO PASA LAS HORAS DE EVOLUCION, ADEMÁS ES UN PACIENTE DE ALTO RIESGO, POR LO TANTO ES NECESARIO AMPLIAR ESTUDIOS PARA INICIAR TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIVIRAL Y REALIZACION DE TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA PARA AUMENTAR PROBABILIDAD DE COVID19. POR LO TANTO SE REMITE PARA ATENCION CON MANEJO ESPECIALIZADA. SE COMENTA A MARIA INMACULADA CON LA DRA CAROLINA ORTIZ QUIEN ACEPTA AL PACIENTE.

MILER BERNAL TORRES

MEDICO SSO 1.144.075.627

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Dr. Miler A. Bernal Torres  
C.C 1.144.075.627  
Médico SSO



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA  
Subsistema de información SIVIGILA  
Ficha de notificación individual



Datos básicos

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

| 1. INFORMACIÓN GENERAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                           | FOR-R02.0000-001 V:09 2020-03-06                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 1.1 Código de la UPGD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                     | Razón social de la unidad primaria generadora del dato                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                           |                                                              |
| Departamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Municipio                                                                                                                                                                                                                                           | Código                                                                                                                                                                                                                          | Sub-Índice                                                                                                                                |                                                              |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 094                                                                                                                                                                                                                                                 | 02003                                                                                                                                                                                                                           | 01                                                                                                                                        | HOSPITAL LOCAL SAN PEDRO IPS BELÉN DE LA ANIMACIÓN           |
| 1.2 Nombre del evento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                     | Código del evento                                                                                                                                                                                                               | 1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa)                                                                                                 |                                                              |
| INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                     | 346                                                                                                                                                                                                                             | 21/07/2020                                                                                                                                |                                                              |
| 2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                           |                                                              |
| 2.1 Tipo de documento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                     | 2.2 Número de identificación                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                           |                                                              |
| <input type="radio"/> RC <input type="radio"/> TI <input checked="" type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> MS <input type="radio"/> AS <input type="radio"/> PE <input type="radio"/> CN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                     | 4913077                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                           |                                                              |
| 2.3 Nombres y apellidos del paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                     | 2.4 Teléfono                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                           |                                                              |
| JOSE ORREGO VIDALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                     | 345855342                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                           |                                                              |
| 2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2.6 Edad                                                                                                                                                                                                                                            | 2.7 Unidad de medida de la edad                                                                                                                                                                                                 | 2.8 Sexo                                                                                                                                  | 2.9 Nacionalidad                                             |
| 04/04/1959                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 61                                                                                                                                                                                                                                                  | <input checked="" type="radio"/> 1. Años <input type="radio"/> 3. Días <input type="radio"/> 5. Minutos<br><input type="radio"/> 2. Meses <input type="radio"/> 4. Horas <input type="radio"/> 0. No aplica                     | <input checked="" type="radio"/> M. Masculino <input type="radio"/> I. Indeterminado<br><input type="radio"/> F. Femenino                 | 190                                                          |
| 2.10 País de ocurrencia del caso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                     | 2.11 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia                                                                                                                                                                         | 2.12 Área de ocurrencia del caso                                                                                                          |                                                              |
| COLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                     | Departamento: CAJETA-BELÉN<br>Municipio: 18 094                                                                                                                                                                                 | <input checked="" type="radio"/> 1. Cabecera municipal <input type="radio"/> 3. Rural disperso<br><input type="radio"/> 2. Centro poblado |                                                              |
| 2.13 Localidad de ocurrencia del caso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2.14 Barrio de ocurrencia del caso                                                                                                                                                                                                                  | 2.15 Cabecera municipal/centro poblado/rural disperso                                                                                                                                                                           | 2.16 Vereda/zona                                                                                                                          |                                                              |
| CAJETA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | EL JARDÍN                                                                                                                                                                                                                                           | MUNICIPAL                                                                                                                                                                                                                       | ZONA                                                                                                                                      |                                                              |
| 2.17 Ocupación del paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2.18 Tipo de régimen en salud                                                                                                                                                                                                                       | 2.19 Nombre de la administradora de Planes de beneficios                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                           |                                                              |
| 7APATERO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="radio"/> P. Excepción <input type="radio"/> C. Contributivo <input type="radio"/> N. No Asegurado<br><input type="radio"/> E. Especial <input checked="" type="radio"/> S. Subsidiado <input type="radio"/> I. Indeterminado/pendiente | ASMEI SALUD                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                           |                                                              |
| 2.20 Pertenencia étnica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Grupo étnico                                                                                                                                                                                                                                        | 2.21 Estrato                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                           |                                                              |
| <input type="radio"/> 1. Indígena <input type="radio"/> 2. Rom, Gitano <input type="radio"/> 3. Raizal <input type="radio"/> 4. Palenquero <input type="radio"/> 5. Negro, mulato afro colombiano <input checked="" type="radio"/> 6. Otro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                     | I                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                           |                                                              |
| 2.22 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                           |                                                              |
| <input type="checkbox"/> Discapacitados <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Gestantes <input type="checkbox"/> Sem. de gestación <input type="checkbox"/> Población infantil a cargo del ICBF <input type="checkbox"/> Desmovilizados <input type="checkbox"/> Víctimas de violencia armada<br><input type="checkbox"/> Desplazados <input type="checkbox"/> Carcelarios <input type="checkbox"/> Indigentes <input type="checkbox"/> Madres comunitarias <input type="checkbox"/> Centros psiquiátricos <input checked="" type="checkbox"/> Otros grupos poblacionales |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                           |                                                              |
| 3. NOTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                           |                                                              |
| 3.1 Fuente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                     | 3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                           |                                                              |
| <input type="radio"/> 1. Notificación rutinaria <input type="radio"/> 4. Búsqueda activa com.<br><input checked="" type="radio"/> 2. Búsqueda activa Inst. <input type="radio"/> 5. Investigaciones<br><input type="radio"/> 3. Vigilancia Intensificada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                     | País: 190 Departamento: 18 Municipio: 094<br>COLOMBIA - CAJETA - BELÉN                                                                                                                                                          |                                                                                                                                           |                                                              |
| 3.3 Dirección de residencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                     | 3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                           |                                                              |
| CALLE B # 8 - 02                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                     | 18/07/2020                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                           |                                                              |
| 3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                     | 3.6 Clasificación inicial de caso                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                           | 3.7 Hospitalización                                          |
| 18/07/2020                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="radio"/> 1. Sospechoso <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio<br><input checked="" type="radio"/> 2. Probable <input type="radio"/> 4. Conf. Clínica<br><input type="radio"/> 5. Conf. nexo epidemiológico |                                                                                                                                           | <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| 3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3.9 Condición final                                                                                                                                                                                                                                 | 3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)                                                                                                                                                                                            | 3.11 Número certificado de defunción                                                                                                      |                                                              |
| 18/07/2020                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="radio"/> 1. Vivo <input type="radio"/> 2. Muerto <input type="radio"/> 0. No sabe, no responde                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                           |                                                              |
| 3.12 Causa básica de muerte                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                 | 3.14 Teléfono                                                                                                                             |                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | JHON ALEXANDER SANTAMARIA DELGADO                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                 | 300676603                                                                                                                                 |                                                              |
| 4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                           |                                                              |
| 4.1 Seguimiento y clasificación final del caso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                     | 4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                           |                                                              |
| <input type="radio"/> 0. No aplica <input type="radio"/> 4. Conf. Clínica <input type="radio"/> 6. Descartado <input type="radio"/> D. Descartado por error de digitación<br><input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 5. Conf. nexo epidemiológico <input type="radio"/> 7. Otra actualización                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                           |                                                              |



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA  
Subsistema de información SIVIGILA  
Fecha de notificación individual



OS X OK  
OK X OK

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09  
FOR-R02.0000-001 V:09 2020-03-06

Datos básicos

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Código de la UPGD

18

Departamento

094

Municipio

02003

Código

01

Sub-Índice

1.2 Nombre del evento

INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

Razón social de la unidad primaria generadora del dato

HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE IPS BELÉN LA AMARILLA

Código del evento

346

1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa)

21/07/2020

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento

ORC

OTI

CC

CE

OPA

OMS

OAS

OPE

OCN

2.2 Nombres y apellidos del paciente

JOSE ORREGO

2.2 Número de identificación

4913077

2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

04/04/1959

2.6 Edad

61

VIDALES

2.7 Unidad de medida de la edad

1. Años

3. Días

5. Minutos

2. Meses

4. Horas

0. No aplica

2.8 Sexo

M. Masculino

I. Indeterminado

F. Femenino

2.4 Teléfono

3145855342

2.9 Nacionalidad

170

2.10 País de ocurrencia del caso

COLOMBIA

2.13 Localidad de ocurrencia del caso

CADUETA

Código

170

2.11 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia

CADUETA-BELÉN

Departamento

18

Municipio

094

2.12 Área de ocurrencia del caso

1. Cabecera municipal

2. Centro poblado

3. Rural disperso

2.17 Ocupación del paciente

ZAPATERO

2.14 Barrio de ocurrencia del caso

EL JARDÍN

2.15 Cabecera municipal/centro poblado/rural disperso

MUNICIPAL

2.16 Vereda/zona

ZONA

2.20 Pertenencia étnica

1. Indígena

2. Rom, Gitano

3. Raizal

4. Palenquero

5. Negro, mulato afro colombiano

6. Otro

2.22 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente

Discapacitados

Migrantes

Gestantes

Indigentes

Sem. de gestación

Población infantil a cargo del ICBF

Madres comunitarias

Desmovilizados

Centros psiquiátricos

Víctimas de violencia armada

Otros grupos poblacionales

3.1 Fuente

1. Notificación rutinaria

4. Búsqueda activa com.

2. Búsqueda activa Inst.

5. Investigaciones

3. Vigilancia Intensificada

3. NOTIFICACIÓN

3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente

COLOMBIA - CADUETA - BELÉN

País

170

Departamento

18

Municipio

094

3.3 Dirección de residencia

CALLE 8 # 8-02

3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)

18/07/2020

3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)

18/07/2020

3.6 Clasificación inicial de caso

1. Sospechoso

2. Probable

3. Conf. por laboratorio

4. Conf. Clínica

5. Conf. nexo epidemiológico

3.7 Hospitalizado

SI

NO

3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)

18/07/2020

3.9 Condición final

1. Vivo

2. Muerto

0. No sabe, no responde

3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)

3.11 Número certificado de defunción

3.12 Causa básica de muerte

3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha

JHON ALEXANDER SANTAMARIA DELGADO

3.14 Teléfono

3006766034

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso

0. No aplica

4. Conf. Clínica

6. Descartado

0. Descartado por error de digitación

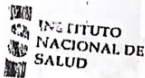
3. Conf. por laboratorio

5. Conf. nexo epidemiológico

7. Otra actualización

4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)





SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA  
Subsistema de información SIVIGILA  
Ficha de notificación individual – Datos complementarios



La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

EVENTO DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA  
FOR-R02.0000-075 V:01 2020-03-06

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente

JOSE ORRERO VIDACES

B. Tipo de ID\*

CC

C. Número de identificación

4913077

5. ¿POR QUÉ SE NOTIFICA EL CASO COMO IRA POR VIRUS NUEVO?

5.1 ¿Es trabajador de la salud u otro personal del ámbito hospitalario que haya tenido contacto estrecho con un caso probable o confirmado por virus nuevo?

☐ 1. Sí ☒ 2. No

5.2 ¿Viajó a áreas de circulación del virus nuevo?

☐ 1. Sí ☒ 2. No

5.2.1 ¿El viaje fue en el territorio Nacional?

☐ 1. Sí ☒ 2. No

5.2.1.1 ¿Dónde?

5.2.2 ¿El viaje fue Internacional?

☐ 1. Sí ☒ 2. No

5.2.2.1 ¿Dónde?

Departamento/Municipio

Código País

5.3 ¿Tuvo contacto estrecho en los últimos 14 días con un caso probable o confirmado con infección respiratoria aguda grave por virus nuevo?

☐ 1. Sí ☒ 2. No

5.4 Síntomas

☒ Tos

☒ Fiebre

☐ Odinofagia

☐ Dificultad respiratoria

☐ Fatiga o adinamia

6. ANTECEDENTES VACUNALES

6.1 Influenza estacional

☐ 1. Sí ☐ 2. No ☒ 3. Desconocido

Dosis

7. ANTECEDENTES CLÍNICOS

7.1 ¿Reporta alguno de los siguientes antecedentes clínicos?

☐ Asma

☐ EPOC

☒ Diabetes

☐ VIH

☐ Enfermedad cardíaca

☐ Cáncer

☐ Desnutrición

☒ Obesidad

☐ Insuficiencia renal

☐ Toma medicamentos inmunosupresores

☐ Fumador

☐ Tuberculosis

☐ Otros

7.2 ¿Cuáles otros?

8. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

8.1 Si se tomó de radiografía de tórax ¿qué hallazgos se presentaron?

☐ 1. Infiltrado alveolar o neumonía

☐ 3. Ninguno

☒ 2. Infiltrados intersticiales

8.2 ¿Usó antibiótico en la última semana?

☐ 1. Sí ☒ 2. No

9. DATOS DE LABORATORIO

La información relacionada con laboratorios debe ingresarse a través del módulo de laboratorios del aplicativo sivigila

Tome 3 a 5 C.C. de sangre en tubo seco y una muestra para identificación viral ( hisopado nasofaríngeo, aspirado nasofaríngeo, aspirado bronquial )

9.1 Fecha de toma (dd/mm/aaaa) Fecha de recepción (dd/mm/aaaa) Muestra Prueba Agente Resultado Fecha de recepción (dd/mm/aaaa) Valor registrado

9.2 Fecha de toma (dd/mm/aaaa) Fecha de recepción (dd/mm/aaaa) Muestra Prueba Agente Resultado Fecha de recepción (dd/mm/aaaa) Valor registrado

Muestra 1. Sangre total | 3. Hisopado nasofaríngeo | 4. Tejido | 8. Aspirado nasofaríngeo | 9. Lavado nasal | 11. Lavado broncoalveolar | 22. Lavado bronquial

Prueba 4. PCR | E1. Aislamiento viral | 6. Otra | 30. Patología | 31. Inmunohistoquímica | 46. Inhibición hemaglutinación | 55. Cultivo | 58. Antigenemia | 76. IFI | 92. Hemocultivo |



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**Rafael Tovar Poveda**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
Nº. 900.211.477.-1

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD RIPS

Código: AS-F046  
Versión: 01  
Fecha de vigencia: 01-01-2013  
Página 1 de 2

HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE ☐ CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☐ CENTRO DE SALUD ALBANIA ☐ HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES DE SALUD

I.P.S. Belen Día Mes Año 21 03 2020 No. DE FACTURA                     

HISTORIA No.                      AUTORIZACION No.                     

No. Identificación 4913077 Tipo                      C.C. ☒ Tarjeta de Identificación ☐ Menor sin identificación ☐  
Reg. Civil ☐ Adulto sin identificación ☐ Número Único de identificación ☐  
C. de Extranjería ☐ Pasaporte ☐

I. IDENTIFICACION DEL USUARIO

Primer Apellido Orriago Segundo Apellido Udala Nombres José Oliver

Fecha de nacimiento Día Mes Año 4 04 59 SEXO ☒ Masculino ☐ Femenino ☐ Indeterminado

Edad 61 Días                      Meses                      Año                     

Código Aseguradora: 062 Tipo Usuario Contributivo                      Subordinado                       
Vinculado                      Particular                     

☐ Beneficiario ☐ Colizante ☐ Adicional

Residencia Habitual                      Dep'to.                      Mpio. Belen Dirección                     

Barrio/Vereda Jardín Tel. 314555347 ZONA Urbana ☒ Rural ☐

Tipo de Consulta                      Global o primera vez ☐ Control o seguimiento ☐

Especialidad                     

II. ATENCION/CONSULTA

COD. DIAGNOSTICO PRINCIPAL                      TIPO DE DX                      COD. DIAGNOSTICO PRINCIPAL                      TIPO DE DX                     

COD. DIAG. RELACIONADO 2                      TIPO DE DX                      COD. DIAG. RELACIONADO 2                      TIPO DE DX                     

CAUSA EXTERNA

|                                                |                                                   |                                                      |                                                    |                                                   |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/>  | Evento Catastrófico <input type="checkbox"/>      | Sospecha Violencia Sexual <input type="checkbox"/>   | Atención del parto <input type="checkbox"/>        | Det. Alt. Embarazo <input type="checkbox"/>       |
| Accidente de Tránsito <input type="checkbox"/> | Lesión por Agresión <input type="checkbox"/>      | Sospecha Maltrato Emocional <input type="checkbox"/> | Atención recién nacido <input type="checkbox"/>    | Det. Alt. Adulto <input type="checkbox"/>         |
| Accidente Rábico <input type="checkbox"/>      | Lesión auto infligida <input type="checkbox"/>    | Enfermedad general <input type="checkbox"/>          | Atención plan Familiar <input type="checkbox"/>    | Det. Alt. Agudeza Visual <input type="checkbox"/> |
| Accidente Ofídico <input type="checkbox"/>     | Sospecha Maltrato Físico <input type="checkbox"/> | Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>      | Det. Alt. C y D < 10 años <input type="checkbox"/> | Det. Enf. Profesional <input type="checkbox"/>    |
| Otro Tp. Accidente <input type="checkbox"/>    | Sospecha Abuso Sexual <input type="checkbox"/>    | Otra <input type="checkbox"/>                        | Det. Alt. C y D Joven <input type="checkbox"/>     | No aplica <input type="checkbox"/>                |

F.U.M.                      Día Mes Año                      Tipo Discapacidad                      GRADO                     

CONDUCTA                      Días de incapacidad                      De la Conducta ☐ Del Cuidado Personal ☐ Leve ☐  
Remisión ☐ De la Locomoción ☐ De la Destreza ☐ Moderada ☐  
Interconsulta ☐ De la Comunicación ☐ De la Determinada Aptitud ☐ Severa ☐  
Contrarreferencia ☐ De la Disposición del Cuerpo ☐ Otras Restricciones de la Actividad ☐

III. PROCEDIMIENTO

Fecha de procedimiento Día Mes Año                      Código de procedimiento                     

Ámbito de Realización                      Ambulatorio                      Hospitalario                      En Urgencias                     

Finalidad: Diagnóstico                      Terapéutico                      Protección                      Específica                     

                     Detección temprana Enf. General                      Detección Temprana Enf. Prof.                     

Código Diagnóstico Principal                      Código Diagnóstico Relacionado                      Complicaciones                     

PERSONA ATIENDE                      M. Especialista                      M. General                      Enfermera                      Aux Enfermería                      Otro                     

Forma de realización                      Único o Unilateral                      Múltiple o bilateral, misma vía diferente especialidad                      Múltiple o bilateral, misma vía igual especialidad                     

                     Único o bilateral, misma vía diferente especialidad                      Múltiple o bilateral, misma vía igual especialidad



|                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL</b><br><b>Rafael Tovar Poveda</b><br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO<br>NIT 900.211.477 - 1 | <b>REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD RIPS</b> | Código: AS-F046<br>Versión: 01<br>Fecha de vigencia: 01-01-2013<br>Página 2 de 2 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

### IV. URGENCIAS CON OBSERVACIÓN

|               |                                                                                     |              |                                           |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|
| Fecha Ingreso | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Hora Ingreso | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Día           | Mes                                                                                 | Año          | Hora                                      |
| Minutos       |                                                                                     |              |                                           |

|                                                                                                              |                                                                                                                          |                                                                                                                  |                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Accidente de Trabajo<br>Accidente de Tránsito<br>Accidente Rápido<br>Accidente Rápido<br>Otro tipo Accidente | Evento Catastrófico<br>Lesión por Agresión<br>Lesión Auto Infligida<br>Sospecha Maltrato Físico<br>Sospecha Abuso Sexual | Sospecha Violencia Sexual<br>Sospecha Maltrato Emocional<br>Enfermedad General<br>Enfermedad Profesional<br>Otra | Conciente<br>Ebrio<br>Inconsciente<br>Muerte<br>Por sus propios medios |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|

|                                             |                                                                                     |                                             |                                                                                     |                                                                                       |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Código Diagnóstico Salida                   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Código Diagnóstico Relacionado No. 1 Salida | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> |
| Código Diagnóstico Relacionado No. 2 Salida | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Código Diagnóstico Relacionado No. 3 Salida | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |                                                                                       |
| Destino Usuario                             | <input type="checkbox"/> Alta de Urgencias                                          | Remisión otro Nivel de Complejidad          | <input type="checkbox"/> Hospitalización                                            | Destino a la Salida                                                                   |
| Destino Salida                              | <input type="checkbox"/> Vivo (a)                                                   | Muerto (a)                                  | <input type="checkbox"/> Código Causas Básicas Muerte                               | Alta Urgencia                                                                         |
| Fecha Salida                                | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Hora Salida                                 | <input type="text"/> <input type="text"/>                                           | Remisión                                                                              |
| Día                                         | Mes                                                                                 | Año                                         | Hora                                                                                | Minutos                                                                               |
|                                             |                                                                                     |                                             |                                                                                     |                                                                                       |

### V. HOSPITALIZACIÓN

|               |                                                                                     |                                           |                                           |                                                  |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Via Ingreso   | <input checked="" type="checkbox"/> Urgencias                                       | <input type="checkbox"/> Consulta Externa | <input type="checkbox"/> Remitido         | <input type="checkbox"/> Nació en la Institución |
| Fecha Ingreso | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Hora Ingreso                              | <input type="text"/> <input type="text"/> |                                                  |
| Día           | Mes                                                                                 | Año                                       | Hora                                      | Minutos                                          |

|                                                                                                              |                                                                                                                          |                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Accidente de Trabajo<br>Accidente de Tránsito<br>Accidente Rápido<br>Accidente Rápido<br>Otro tipo Accidente | Evento Catastrófico<br>Lesión por Agresión<br>Lesión auto Infligida<br>Sospecha Maltrato Físico<br>Sospecha Abuso Sexual | Sospecha Violencia Sexual<br>Sospecha Maltrato Emocional<br>Enfermedad General<br>Enfermedad Profesional<br>Otra |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                             |                                                                                     |                                             |                                                                                     |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Código Diagnóstico Principal Ingreso        | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Código Diagnóstico Principal Egreso         | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Código Diagnóstico Relacionado No. 1 Egreso | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Código Diagnóstico Relacionado No. 2 Egreso | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Código Diagnóstico Relacionado No. 3 Egreso | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Código Diagnóstico Complicaciones           | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Destino Salida                              | <input checked="" type="checkbox"/> Vivo (a)                                        | Muerto (a)                                  | <input type="checkbox"/> Código Causa Básica Muerte                                 |
| Fecha Salida                                | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Hora Salida                                 | <input type="text"/> <input type="text"/>                                           |
| Día                                         | Mes                                                                                 | Año                                         | Hora                                                                                |
|                                             |                                                                                     |                                             |                                                                                     |

### VI. RECIÉN NACIDO Y LA MADRE

|                       |                                                                                     |                    |                                           |                |                                           |     |                                           |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------|-----|-------------------------------------------|
| Fecha Nacimiento R.N. | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Hora de Nacimiento | <input type="text"/> <input type="text"/> | Edad Gestación | <input type="text"/> <input type="text"/> | FUR | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Día                   | Mes                                                                                 | Año                | Hora                                      | Minutos        |                                           |     |                                           |

|                           |                                                                                     |                                        |                                                                                     |                                               |                                                                                     |                             |                             |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Control Prenatal          | <input type="checkbox"/> Si                                                         | <input type="checkbox"/> No            | Sexo:                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Femenino                                                   | Peso                        | <input type="text"/> Gramos |
| Código Diagnóstico del RN | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Código Diagnóstico Causa Básica Muerte | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Muerte Materna                                | <input type="checkbox"/> SI                                                         | <input type="checkbox"/> NO |                             |
| Fecha Muerte              | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Hora Muerte                            | <input type="text"/> <input type="text"/>                                           | Causa Muerte Madre                            | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |                             |                             |
| Día                       | Mes                                                                                 | Año                                    | Hora                                                                                | Minutos                                       |                                                                                     |                             |                             |

### VII. MEDICAMENTOS

|        |                      |                 |                      |           |                              |                                 |
|--------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------|------------------------------|---------------------------------|
| Código | <input type="text"/> | Nombre Genérico | <input type="text"/> | Tipo      | <input type="checkbox"/> POS | <input type="checkbox"/> NO POS |
| Forma  | <input type="text"/> | Concentración   | <input type="text"/> | U. Medida | <input type="text"/>         | No. Unidades                    |
| Código | <input type="text"/> | Nombre Genérico | <input type="text"/> | Tipo      | <input type="checkbox"/> POS | <input type="checkbox"/> NO POS |
| Forma  | <input type="text"/> | Concentración   | <input type="text"/> | U. Medida | <input type="text"/>         | No. Unidades                    |
| Código | <input type="text"/> | Nombre Genérico | <input type="text"/> | Tipo      | <input type="checkbox"/> POS | <input type="checkbox"/> NO POS |
| Forma  | <input type="text"/> | Concentración   | <input type="text"/> | U. Medida | <input type="text"/>         | No. Unidades                    |
| Código | <input type="text"/> | Nombre Genérico | <input type="text"/> | Tipo      | <input type="checkbox"/> POS | <input type="checkbox"/> NO POS |
| Forma  | <input type="text"/> | Concentración   | <input type="text"/> | U. Medida | <input type="text"/>         | No. Unidades                    |

Dr. Miler A. Bernal Torres  
 C.C. 1.144.075.627  
 Médico SSO

[Firma del Usuario]  
 Firma del Usuario





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

**Rafael Tovar Poveda**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

NIT. 900.211.477 - 1

**HOJA DE CONSUMO  
DISPOSITIVOS MÉDICOS**

Código: AS-F033A

Versión: 01

Fecha de vigencia: 01-09-2014

Página 1 de 4

HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE ☒ CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☐ CENTRO DE SALUD ALBANIA ☐ HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐**A. IDENTIFICACIÓN**No. HISTORIA  
CLINICA

SERVICIO:

N° CAMA:

SEXO

FEM

MS

EDAD:

Años

Meses

Días

Orrego

vidales

Jose Oliver

1er. Apellido

2do. Apellido

Nombres

FECHA DE INGRESO

30 9 20

FECHA DE EGRESO

02 10 2010

EPS. 062

**DISPOSITIVOS**PRESE-  
NTACIÓN

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

TOTAL

DEVOLU-  
CIÓNGRAN  
TOTAL

Bolsa de drenaje Urinario Cistoflo

Unidad

Buretrol

Unidad

Canula de Guedel # 0

Unidad

Canula de Guedel # 1

Unidad

Canula de Guedel # 2

Unidad

Canula de Guedel # 3

Unidad

Canula de Guedel # 4

Unidad

Canula de Guedel # 5

Unidad

Canula de Oxigeno Adulto

Unidad

Canula de Oxigeno Pediatrica

Unidad

Canula Nasofaringea # 12

Unidad

Canula Nasofaringea # 16

Unidad

Canula Nasofaringea # 22

Unidad

Canula Nasofaringea # 28

Unidad

Carbón Activado

Unidad

Catéter Venoso # 16

Unidad

Catéter Venoso # 18

Unidad

Catéter Venoso # 20

Unidad

Catéter Venoso # 22

Unidad

Catéter Venoso # 24

Unidad

Cat-Gut Cromado 2-0

Unidad

Cat-Gut Cromado 3-0

Unidad

Cat-Gut Cromado 4-0

Unidad

Cat-Gut Cromado 5-0

Unidad

Equipo de Micronebulizacion Adulto

Unidad

Equipo de Micronebulizacion Pediátrico

Unidad

Equipo Macrogoteo

Unidad

Equipo Microgoteo

Unidad

Humidificador

Unidad

Inhalocamara Adulto

Unidad

Inhalocamara Pediátrico

Unidad

Jeringa 1ml

Unidad

ELABORÓ

Olga Marcela Torres Calderón  
Oficina de Auditoría de Cuentas

REVISÓ

Laura Marroquin Mora  
Oficina de Planeación Calidad

APROBÓ

Aldemar Casadiego Jaime  
Gerente





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**Rafael Tovar Poveda**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NÚL. 900.211.477. - 1

## HOJA DE CONSUMO MEDICAMENTOS

Código: AS-F033A  
Versión: 01  
Fecha de vigencia: 01-09-2014  
Página 3 de 4

HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE ☒ CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☐ CENTRO DE SALUD ALBANIA ☐ HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

### A. IDENTIFICACIÓN

SERVICIO:

4913033  
hosp

No. HISTORIA  
CLINICA

N° CAMA:

SEXO

FEM

M

EDAD:

61

Mes

Días

| MEDICAMENTOS                                               | PRESE-<br>NTACIÓN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | TOTAL | DEVOLU-<br>CIÓN | GRAN<br>TOTAL |
|------------------------------------------------------------|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|-----------------|---------------|
| Insulina NPH                                               | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| ketamina 500mg/10ml                                        | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Ketotifeno 0.2% 100ml                                      | Jarabe            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Labetalol 100mg/20mL                                       | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Lactato de Ringer 500ml                                    | Bolsa<br>500ml    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Lamivudina 150mg + Zidovudina 300mg                        | Tabletas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Lamivudina solución oral. Frasco por 240ml 10mg/ml         | Suspensión        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Levonogestrel 0.75mg                                       | Tabletas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Lopinavir / Ritonavir 200mg/50mg                           | Tabletas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Lopinavir / Ritonavir. Solución oral Frasco 120 ml         | Suspensión        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Loratadina 100ml                                           | Jarabe            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Loratadina 10mg                                            | Tabletas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Losartan 50mg                                              | Tabletas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Meperidina 100mg/2ml                                       | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Metoclopramida 10mg/2ml                                    | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Metoprolol 5mg/5ml                                         | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Metronidazol 250mg                                         | Suspensión        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Metronidazol 500mg                                         | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Midazolam 15mg/3ml                                         | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Midazolam 5mg/3ml                                          | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Morfina 1ml                                                | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| N- Butil Bromuro de Hioscina 20mg + Dipirone<br>2500mg/5ml | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| N- Butil Bromuro de Hioscina 20mg/1ml                      | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Naloxona 0.4mg/ml                                          | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Naproxeno 250mg                                            | Tabletas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Nifedipino 10mg                                            | Capsulas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Nifedipino 30mg                                            | Capsulas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Nitrofurazona 500mg                                        | Pomada            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Omeprazol 20mg                                             | Capsulas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Omeprazol 40mg                                             | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Oxacilina 1g                                               | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Oxigeno                                                    | Litro             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Oxitocina 10UI/ml                                          | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Oxitocina 5UI/ml                                           | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Penicilina Sodica 1.000.000 UI                             | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Penicilina Benzatinica 1.200.000 UI                        | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Penicilina Benzatinica 2.400.000 UI                        | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Penicilina Sodica 5.000.000 UI                             | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |
| Ranitidina 50mg/2ml                                        | Ampollas          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                 |               |

| ELABORÓ                                                         | REVISÓ                                                | APROBÓ                             |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Olga Marcela Torres Calderón<br>Oficina de Auditoría de Cuentas | Laura Marroquín Mora<br>Oficina de Planeación Calidad | Aldemar Casadiego Jaime<br>Gerente |





|                               |
|-------------------------------|
| Código: AS-F033A              |
| Versión: 01                   |
| Fecha de vigencia: 01-09-2014 |
| Página 4 de 4                 |

REVISADO POR:

ENFERMERO/A SSO

**VoBo:**

REGENTE DE FARMACIA

FECHA:

FECHA:

|                                                                 |  |                                                       |  |                                    |  |
|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| ELABORÓ                                                         |  | REVISÓ                                                |  | APROBÓ                             |  |
| Olga Marcela Torres Calderón<br>Oficina de Auditoría de Cuentas |  | Laura Marroquín Mora<br>Oficina de Planeación Calidad |  | Aldemar Casadiego Jaime<br>Gerente |  |





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**Rafael Tovar Poveda**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NIT. 900.211.477 - 1

## SIGNOS VITALES

Código: AS-F035  
Versión: 01  
Fecha de vigencia: 01-02-2014  
Página 1 de 2

HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE ☒ CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☐ CENTRO DE SALUD ALBANIA ☐ HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

|                   |       |                      |          |              |  |       |    |     |       |    |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|-------|----------------------|----------|--------------|--|-------|----|-----|-------|----|--|--|--|--|--|--|--|
| A. IDENTIFICACION |       | No. HISTORIA CLINICA |          |              |  |       |    |     |       |    |  |  |  |  |  |  |  |
| SERVICIO:         | nos p |                      | N° CAMA: |              |  | SEXO: | FE | MAS | EDAD: | 61 |  |  |  |  |  |  |  |
| Oreño             |       | Widalus              |          | Jose Elioter |  |       |    |     |       |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 1er. Apellido     |       | 2do. Apellido        |          | Nombres      |  |       |    |     |       |    |  |  |  |  |  |  |  |

### B- SEGUIMIENTO A SIGNOS VITALES

Registre con tinta negra y legible la TA, la FR con tinta azul y la T° con tinta roja.  
Registre las fechas precisas.  
Recuerde siempre firmar y sellar sus anotaciones.

| DIA HOSPITALARIO     |         | 0       |    | 1        |    | 2        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----------------------|---------|---------|----|----------|----|----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| FECHA ESTANCIA       |         | 30/9/20 |    | 01/10/20 |    | 02/10/20 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| TA                   | FC      | AM      | PM | AM       | PM | AM       | PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM |
| 200                  |         |         |    |          |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 190                  |         |         |    |          |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 180                  |         |         |    |          |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 170                  |         |         |    |          |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 160                  |         |         |    |          |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 150                  |         |         |    |          |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 140                  |         |         |    |          |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 130                  | 42°     |         |    |          |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 120                  | 41°     |         |    |          |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 110                  | 40°     |         |    |          |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 100                  | 39°     |         |    |          |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 90                   | 38°     |         |    |          |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 80                   | 37°     |         |    |          |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 70                   | 36°     |         |    |          |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 60                   | 35°     |         |    |          |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 50                   | 34°     |         |    |          |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| FR                   |         | 20      | 19 | 20       | 19 | 20       | 19 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| PESO (Kg)            |         |         |    |          |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| DEPOSICIONES         |         |         | NO | SI       | NO | SI       | NO |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ORINA                |         | 3       | SI | SI       | SI | SI       | SI |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| LIQUIDOS EN 24 HORAS | RECIBIÓ |         |    |          |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                      | ELIMINÓ |         |    |          |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                      | BALANCE |         |    |          |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

OBSERVACIONES:

|                                                         |                                                        |                                     |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| ELABORÓ                                                 | REVISÓ                                                 | APROBÓ                              |
| Laura Marroquin Mora<br>Oficina de Planeación y Calidad | Yohana Andrea Gonzalez Garzón<br>Subgerente Científica | Aldemar Casadiegos Jaime<br>Gerente |





MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

## INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

NUMERO ATENCION 01 Fecha: 2020-09-30 Hora: 11:04

## INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre ESE RAFAEL TOVAR POVEDA NIT X -9000211477-1 CC CC Número DV

Código 186100200302 Dirección prestador:

Teléfono: 0098-4316200 CALLE 4 CRA 7  
indicativo número Departamento: CAQUETA Municipio: BELEN

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR) ASMETSALUD CODIGO: ESS 062

## DATOS DEL PACIENTE

ORREGO VIDALES JOSE OLIDER  
1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre

## Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil ☐ Pasaporte ☐ Tarjeta de identidad ☐ Adulto sin identificación ☐ Cédula de ciudadanía ☐ Menor sin identificación ☐ Cédula de extranjería ☐ Nacido vivo  
Número documento de identificación 4913077  
Fecha de Nacimiento 1959-04-04

Dirección de Residencia Habitual: BARRIO JARDIN Teléfono: 3145855342

Departamento: Caquetá Municipio: BELEN

## Cobertura en salud

☐ Regimen Contributivo ☐ Regimen Subsidiado - parcial ☐ Población Pobre no asegurada sin SISBEN ☐ Plan adicional de salud  
☒ Regimen Subsidiado - total ☐ Población pobre No asegurada con SISBEN ☐ Desplazado ☐ Otro

## INFORMACION DE LA ATENCION

Origen de la atención ☒ Enfermedad General ☐ Accidente de trabajo ☐ Evento Catastrófico Clasificación Triage ☐ 1. Rojo  
☐ Enfermedad Profesional ☐ Accidente de tránsito ☒ 2. Amarillo  
☐ 3. Verde

## Ingreso a Urgencias

Fecha: 2020-09-30 Hora: 11:04 Paciente Viene Remitido ☐ Si ☒ No

Nombre del prestador de servicios de salud que remite Código

Departamento: Municipio:

## Motivo de consulta:

infección de tejidos blandos.

Impresión Diagnóstica: Código CIE10 Descripción  
Diagnóstico principal L089 INFECCION LOCAL DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO, NO ESPECIFICADA  
Diagnóstico relacionado 1  
Diagnóstico relacionado 2  
Diagnóstico relacionado 3

## Destino del Paciente

☐ Domicilio ☒ Internación ☐ Contrarremisión  
☐ Observación ☐ Remisión ☐ Otro

## INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA

Nombre de quien informa Teléfono 0984316200  
MILER BERNAL Indicativo número extensión

Cargo o actividad: MEDICO SSO Teléfono celular: 3107958070





## MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

## SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

INFORMACION DEL PRESTADOR (solicitante) NUMERO DE SOLICITUD 03 Fecha: 2020-09-30 Hora: 11:04

Nombre ESE RAFAEL TOVAR POVEDA NIT X -900211477-1 CC Número DV

Código 186100200302 Dirección prestador: Teléfono: 0098-4316200 indicativo número Departamento: CAQUETA Municipio: BELEN

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR) ASMET SALUD CODIGO: ESS062

DATOS DEL PACIENTE ORREGO VIDALES JOSE OLIDER 1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre

Tipo Documento de Identificación Registro Civil Pasaporte 4913077 Número documento de identificación Tarjeta de identidad Adulto sin identificación X Cédula de ciudadanía Menor sin identificación Cédula de extranjería Nacido Vivo Fecha de Nacimiento 1959-04-04

Dirección de Residencia Habitual: BARRIO JARDIN Teléfono: 314585342 Departamento: Caquetá Municipio: BELEN

Cobertura en salud Regimen Contributivo Regimen Subsidiado - parcial Población Pobre no asegurada sin SISBEN Plan adicional de salud X Regimen Subsidiado - total Población pobre No asegurada con SISBEN Desplazado Otro

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS Origen de la atención X Enfermedad General Accidente de trabajo Evento Catastrófico Tipo de servicios solicitados Posterior a la atención inicial de urgencias Prioridad de la atención Prioritaria Enfermedad Profesional Accidente de tránsito Servicios electivos No prioritaria

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización: Consulta Externa X Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION Cama 006 Urgencias

Manejo integral según Guía de : Guía de Atención Inicial de Urgencias

| Código CUPS | Cantidad | Descripción                                  |
|-------------|----------|----------------------------------------------|
| 1890701     |          | 001 ATENCION DE URGENCIAS                    |
| 2103020188  |          | 002 YELCO NUMERO 20                          |
| 3103020042  |          | 002 EQUIPO MACROGOTEO                        |
| 4103020012  |          | 002 BURETROL                                 |
| 519943350   |          | 012 CLINDAMICINA AMPOLLA POR 600MG           |
| 6222155     |          | 012 OXACILINA AMPOLLA POR 1 GR               |
| 7103020064  |          | 024 JERINGA 10CC                             |
| 8103020503  |          | 002 CATETER HEPARINIZADO                     |
| 9343854321  |          | 001 ENOXAPARINA AMPOLLA                      |
| 10902108    |          | 015 GLUCOMETRIA                              |
| 1122101     |          | 006 CURACION                                 |
| 12295235    |          | 015 SOLUCION SALINA 0.9%                     |
| 1311102     |          | 003 HABITACION BIPERSONAL                    |
| 14890601    |          | 004 CUIDADOS INTRAHOSPITALARIOS POR MEDICINA |
| 15          |          |                                              |
| 16          |          |                                              |
| 17          |          |                                              |
| 18          |          |                                              |
| 19          |          |                                              |
| 20          |          |                                              |

Justificación Clínica:

PACIENTE QUIEN INGRESA POR PRESENTAR INFECCIÓN DE TEJIDOS BLANDOS A NIVEL DE HERIDA POSTQUIRURGICA, SE EVIDENCIA DEHISCENCIA DE LA HERIDA CON FRANCA INFECCION AGUDA, POR LO TANTO SE DECIDE HOSPITALIZAR AL PACIENTE PARA MANEJO ANTIBIÓTICO, SE LE EXPLICA AL PACIENTE QUE DICHA LESIÓN PUEDE PRESENTAR MEJORA O EMPEORAMIENTO DEPENDIENDO DE LA REPSUESTA AL ANTIBIÓTICO, ASÍ MISMO SE DECIDIRÁ EN EL TRANSURSO DE LA SEMANA SI PATOLOGÍA ES NECESARIO REVISIÓN POR PARTE DE MEDICO TRATANTE (ORTOPEDISTA) Y DECIDIR MANEJO.

Impresión Diagnóstica: Código CIE10 Descripción Diagnóstico principal L089 INFECCION LOCAL DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO, NO ESPECIFICADA Diagnóstico relacionado 1 Diagnóstico relacionado 2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA Nombre de que solicita MILER BERNAL Teléfono 0984316200 indicativo número extensión Cargo o actividad: MEDICO SSO Teléfono celular: 3107958070





## MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (solicitante) NUMERO DE SOLICITUD 02 Fecha: 20201002 Hora: 1830

Nombre ESE RAFAEL TOVAR POVEDA NT CC X -900211477-1 Número DV

Código # # # # # Dirección prestador: # # # # # Teléfono: # # # # # # # # # # Departamento: CAQUETA Municipio: BELEN

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR) NUEVA EPS SUBSIDIADO CODIGO: EPS 037

DATOS DEL PACIENTE ORREGO 1er Apellido VIDALES 2do Apellido JOSE 1er Nombre OLIDER 2do Nombre

Tipo Documento de Identificación Registro Civil Pasaporte Tarjeta de identidad Adulto sin identificación X Cédula de ciudadanía Menor sin identificación Cédula de extranjería Nacido Vivo Fecha de Nacimiento 4913077 Número documento de identificación

Dirección de Residencia Habitual: BARRIO JARDIN Departamento: #REFI Municipio: BELEN Teléfono: 3145855342

Cobertura en salud Regimen Contributivo Regimen Subsidiado - parcial Población Pobre no asegurada sin SISBEN Plan adicional de salud X Regimen Subsidiado - total Población pobre No asegurada con SISBEN Desplazado Otro

## INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención X Enfermedad General Accidente de trabajo Evento Catastrófico Tipo de servicios solicitados Posterior a la atención inicial de urgencias Prioridad de la atención Enfermedad Profesional Accidente de tránsito Servicios electivos Prioritaria No prioritaria

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización: Consulta Externa X Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION Cama 006 Urgencias

Manejo integral según Guía de : Guía de Atención Inicial de Urgencias

| Código CUPS | Cantidad | Descripción                                |
|-------------|----------|--------------------------------------------|
| 1 890701    |          | 001 ATENCION DE URGENCIAS                  |
| 2 965902    |          | 006 LAVADO IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA |
| 3 S31301    |          | 001 TAB                                    |
| 4           |          |                                            |
| 5           |          |                                            |
| 6           |          |                                            |
| 7           |          |                                            |
| 8           |          |                                            |
| 9           |          |                                            |
| 10          |          |                                            |
| 11          |          |                                            |
| 12          |          |                                            |
| 13          |          |                                            |
| 14          |          |                                            |
| 15          |          |                                            |
| 16          |          |                                            |
| 17          |          |                                            |
| 18          |          |                                            |
| 19          |          |                                            |
| 20          |          |                                            |

Justificación Clínica: paciente en aceptable estado general, alerta, afebril al tacto, hidratado, orientado. cabeza y cuello: mucosa oral humeda, conjuntivas normocromicas, escleras anicticas, cuello movil no adenopatias, no ingurgitación yugular cardiopulmonar: torax simetrico, normoexpandible. ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, ruidos respiratorios sin agregados, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares. abdomen: blando, ruidos intestinales presentes, no doloroso a la palpacion, sin signos de irritacion peritoneal dorso: puño percusion negativa, no espasmos musculatura del dorso extremidades: Edema extenso salida de material purulento con debiscencia a nivel de miembro inferior derecho a nivel de la región amputada

Impresión Diagnóstica: Código CIE10 Descripción Diagnóstico principal L089 INFECCION LOCAL DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO, NO ESPECIFICADA Diagnóstico relacionado 1 Diagnóstico relacionado 2

## INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita MILER BERNAL Teléfono 0984316200 Indicativo número extensión Cargo o actividad: MEDICO SSO Teléfono celular: # # # # #