CLINICA PALMIRA S.A.

No. Historia: 29 699 4/19

REGISTRO DE ANESTESIA

No. 7

1er Apellido: Gomez 2do. Apellido: Caballero Nombre: Rosa

Servicio: Cx General Cuarto: Cama:

Día: 01 Mes: 07 Año: 2022

Dirección: Tel:

Responsable:

MEDICACIÓN PREANESTESICA	MGS	VIA	HORA	EFECTO
Pipa 20 4,5 gr urgencias				Insuficiente
				BUENO
				DEPRIMIDO

AGENTES 22:50 / 23:50 / 24:50 — 15 30 45 — 15 30 45 — 15 30 45 — 15 30 45

Eto 3 Vol: 99 99 99 99 99 99 99 99 99
O2: 33 33 31 33 31 31 31 31 31
Aire: 21 21 21 21 21 21 21 21 21

TA V Λ — Pulso ● — Inducción X — Incistán ⊙ — Fin Anos ⊗ — Resp. ○ — Temp. △ — Recup. R — Feto ♂ ♀

38 / 34 / 32 / 30 / 28 / 26

220 / 21 PV / 200 / 19 / 180 / 17 / 160 / 15 / 140 / 13 / 120 / 11 / 100 / 9 / 80 / 7 / 60 / 5 / 40 / 3 Exp. / 20 Asis / 1 Cont.

DROGAS ADMINISTRADAS: 1 10; 2; 3 6 7 8; 4 11 9; 5

Posición:

X Inducción:
1 Lidocaina 60mg
2 Propofol 30mg
3 Ketamina 50mg
4 Succinil Colina 60mg
5 Fentanilo 100 ug
6 Esafracurio 50mg
7 Tramadol 50mg
8 Dexametasona 8mg
9 Neostigmina
10 Dipirona 2gr
11 Ranitidina

DURACION ANESTESIA: Hs. 1 Min. 15

DURACION OPERACION: Hs. 1 Min. 45

TECNICAS

GENERAL: Sistema abierto: " Cerrado / Semi; " Unidireccional; " Tubo en."T"

Circular / Vaivén

Máscara

INTUB: Orotraqueal

Con Pac. Despierto

Tubo No. 7.0

Manguito inflable

Taponamiento

Anestesia Tópica:

Anest. Translaringea:

CONDUCTIVA: Asepsia de piel:

Habón:

Raquidea: / Epid.

Simple

Continua

Altura puncion:

Punción lateral:

Linea Media

Aguja No.

Nivel

Hipérbara

Posicion paciente

INFUSIONES

D	Dextrosas:	cc.
S	Sangre:	cc.
E	Expansores:	cc.
Total		cc.

HEMORRAGIA

Cc. Aprox.

APGAR

1 Min	5 Min	10 Min	Feto Muerto

TECNICAS ESPECIALES

COMPLICACIONES OPERATORIAS

Hipotensión	Arritmias
Depresión respiratoria	Perforación duramadre
Dificultad técnica	Náuseas - Vomito
Conductiva insuficiente	Laringoespasmo
Cambio de técnica	

(Sigue a la vuelta)

COMENTARIOS: Cirugía de urgencia Preoxigenación, inducción con succinil colina, intubación ok. Fin cx. Traslado al intermedio

(Sigue a la vuelta)

DIAGNOSTICO POST - OPERATORIO: Abdomen Agudo

OPERACION REALIZADA: Laparotomia Exploratoria

INSTRUMENTADORA:

C. Compresas:

CIRUJANOS: Dr Pinilla

ANESTESIOLOGOS: Dr Camargo — Dr Hector Garrido Anestesiólogo 1078-18

FRAQ-41 V:01 T - REGISTRO ANESTESIA - 21.5 x 28 - T/R - TINTA AZUL

Comentarios:

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO

Riesgo

1 2 3 4 5

OPERACIÓN PROPUESTA

HORA

Sitio Operatorio:	1	Cabeza	2	O. De los S.	3	Endoscopias	4	Intradural	5	Extradural	6	Cuello
	7	Extratorácicas	8	Intratorácicas	9	Abdómen	10	Extremidades	11	Osstétricas	12	Perineales

Edad	Sexo	Peso	Talla	Temp.	Resp.	Pulso	T.Art.	H B	H T.	Otros

URIANALISIS

QUIMICA SANGUINEA

APARATO RESPIRATORIO (Asma nfección vias altas, Enfisema, Neumotorax bronquietasia, etc.)

APARATO CARDIOVASCULAR (Arritmias, Hipertención,enf. Valvulares,Enf. Congénitas,I.c. Infartos, etc.)

OTROS SISTEMAS (hipertirodisno, diabetes, Insuf. Hepatica o renal,Hipertensión endocraneal, Shock reciente)
Desequilibrio electronico, Toxemia, Trauma multiple, etc

Ultima Ingestion Alimentos

Hora del accidente o dolor:

CUELLO	DENTADURA	ALERGIAS
	Corticoides, Tranquiliz, Hipontensores	ANESTESIAS PREVIAS

COMPLICACIONES DURANTE LA CIRUGIA Y POST-OPERATORIAS VISITAS POST-ANESTESICAS)

Durante recuperación	Traumatica	Paresitas	Respiratorias	Ap cardiovascular	S. N. C.	Urologicas

ESTADO MENTAL

Corticoides, Tranquiliz, Hipontesores

ANESTESIAS PREVIAS

1	Muerte natural	2	Paro cardiaco	3	En cirujgía	4	En cama	5	Causa quirurgica	6	Anestesica	7	Pal.pre-existente

R - REGISTRO ANESTESIA - 21.5 x 28 - T/R - TINTA AZUL

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGIA

CÓDIGO	FOQX-52
VERSIÓN	02
PAGINA	1 de 1

CLINICA PALMIRA S.A.

Fecha diligenciamiento			Hora	
01 DD	07 MM	22 AAA	AM	PM ✓

NOMBRE DEL PACIENTE: Rosa Emilda Gomez Ceballos

N.º DE HISTORIA CLÍNICA: 29699419

N.º DE ADMISIÓN: 503844

1. Yo Rosa Gomez Ceballos identificado(a) con Cedula de Ciudadanía _____ autorizo al anestesiólogo de Clínica Palmira S.A., _____ para que por su intermedio y en ejercicio legal de su profesión, realice el acto anestésico adecuado para el procedimiento quirúrgico que se va a efectuar en mi persona o en _____, quien es menor de edad (____) o adulto con incapacidad (____) para tomar decisiones.

2. El consentimiento y autorización que anteceden, han sido otorgados previo la evaluación de mi he estado de salud por el Doctor _____, quien me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico en mí o en mi familiar, y certifico que me ha preguntado todo lo concerniente a las condiciones clínico-patológicas y le he respondido con la veracidad necesaria, manifestando que seguiré sus recomendaciones (ayuno, reposo, drogas que me formule y otras indicaciones) dadas para la realización del procedimiento en mi o familiar.

3. Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia se aplicada por parte de un medico anestesiólogo escogido por la clinica y los autorizo para utilizar el tipo de anestesia que considere más aconsejable de acuerdo con mi condición clínico-patológica. He sido advertida por el Doctor _____ sobre los riesgos que para mi o familiar puede traer la aplicación de la anestesia, de conformidad con la constancia que figura en la Historia Clinica y he recibido satisfactoriamente las explicaciones sobre los posibles efectos secundarios más frecuentes (Nauseas, Vomito, Mareo, Somnolencia, Dolor de Cabeza, Ronquera, Dolor de Garganta, Dolores Musculares, Dolor de Espalda, Inflamación de Tejidos Blandos, Lesión de Labios, y/o Dientes, Infecciones de la Piel o sitios de Inyección, Hematomas, Dolor en las Venas o Arterias puncionadas) y complicaciones graves poco frecuentes (Neumonía, Sueños o recuerdos intraoperatorios, Alergias, Quemaduras, Infarto de Miocardio, Trombosis, o Embolia Pulmonar, Lesión del Sistema Nervioso Central ó Periférico, daños de Ojos, Cuerdas Vocales o Traquea y hasta la Muerte), declarando que he recibido amplias explicaciones sobre su alcance, por parte del mismo personal.

4. El procedimiento que se va a realizar es para el tratamiento o para hacer un diagnostico y consiste en: Abdomen Agudo - Laparotomia

5. Entiendo que durante la anestesia puede presentarse situaciones imprevistas que requieren cambiar el procedimiento anestésico y/o llevar acabo actos médicos adicionales por lo tanto, autorizo la realización de estos procedimientos si resultan necesarios. En estos casos, el Médico también obrara en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad o la de mí acudido como prioridad.

6. Entiendo que como en toda intervención quirúrgica y que por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potenciales que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, tales como: Dolor, Inflamación, Moretones, Seromas (acumulación de líquidos en la cicatriz), Necrosis de la Piel, Granulomas (Reacción a cuerpos extraños o sutura), Queloides (Crecimiento excesivo de la Cicatriz), Hematoma (Acumulación de sangre), Sangrado o Hemorragia con la posible necesidad de transfusión intra o post-operatoria, Infecciones con posible evolución febril, Abscesos, Reacciones Alérgicas, dificultad con una futura Lactancia, deformación del Seno. También se me ha informado la posibilidad de complicaciones severas como Septicemia (Infección generalizada) o Trombosis que aunque son poco frecuentes, representan como en toda intervención quirúrgica un riesgo excepcional de perder la vida como en todo acto quirúrgico o de la situación vital de cada Paciente.

7. El Médico me han dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas en forma satisfactoria.

8. Manifiesto que he leído y comprendido todo lo anterior, que no hay espacios en blanco o que han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad mental y física de autorizar libremente y sin problema el presente consentimiento.

Emilda Rosa Gomez	Dr Hector Carrillo Anestesiólogo Reg. 1072-18	
Firma del Paciente o Representante Legal	Firma del Anestesiologo	Firma del Testigo
CC.	CC. 1122813838	CC.

Nota: los datos e información personal aquí consignados, se les dará tratamiento especial de acuerdo con lo establecido en la Ley estatutaria 1581del 17 octubre de 2012"Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales"

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	CÓDIGO	FOQX-46	CLINICA PALMIRA S.A
	VERSIÓN	02	
	PAGINA	1 de 1	

Fecha diligenciamiento			Hora	
01	04	2022	AM X	PM

NOMBRE DEL PACIENTE:	Rosa Emilda Gomez Ceballos.		
N.º DE HISTORIA CLÍNICA:	29649419	N.º DE ADMISIÓN:	583041

1. Por medio de la presente constancia en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Doctor _____ para que por su intermedio en ejercicio Legal de su profesión como por los demás Profesionales de la Salud que se requieran y con curso del Personal Auxiliar de los servicios asistenciales de la Entidad, se me practique la siguiente intervención quirúrgica o procedimiento: Laparotomia exploratoria

2. El Doctor _____ queda autorizado para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los ya autorizados en el punto (1), si en el curso de la intervención quirúrgica o el procedimiento llegare a presentarse una situación inadvertida o improvista que a juicio del médico tratante los haga aconsejables.

3. El consentimiento y autorización que anteceden, han sido otorgados previa evaluación que de mi estado de salud a hecho el Doctor _____ con el objeto de identificar mis condiciones clínico-patologicas y previa advertencia que dicho Médico ha hecho con respecto a los riesgos previstos y consecuencias que conlleva la intervención quirúrgica mencionada en los términos con los cuales los ha consignado en la Historia Clínica. Declaro que he recibido amplias explicaciones sobre su alcance, por parte del mismo personal.

Entiendo que entre los riesgos para esta cirugia se encuentran:

Peritonitis regional
Fistula intestinal Reintervencion qx

4. Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia sea aplicada por parte de un Médico Anestesiólogo escogido por mi Médico o por la Clínica y los autorizo para utilizar el tipo de anestesia que se consideren mas aconsejable de acuerdo con mi condición clínico-patologica y el tipo de intervención que requiero.

He sido advertido por el Doctor _____ sobre los riesgos que para mi caso comporta la aplicación de la anestesia, de conformidad con la constancia que figura en la Historia Clínica y he recibido satisfactorias explicaciones al respecto por parte del mencionado Profesional.

5. El Doctor _____ queda autorizado para ordenar la disposición final de los componentes anatómico que sean retirados de mi cuerpo, previa la toma de muestras o partes adecuadas con destino a exámenes anatomopatológicos cuya practica solicito a mi costa.

6. Declaro que he sido advertido por la Clínica en el sentido de que la practica de la intervención quirúrgica que requiero compromete una actividad médica de medio, pero no de resultado.

7. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

*Cuando el Paciente no tiene capacidad Legal para otorgar el consentimiento, las manifestaciones contenidas en el presente documento se entienden hechas por la Persona Responsable que lo presenta y en relación con el mismo.

Firma del Paciente: Emilda Rosa Gomez

CC. _____

Huella Indice Derecho

DIEGO A. PENILLA A.
CIRUJANO GENERAL
U. del Valle Reg. 15113
S.S.V. T.P. 986 - 89

Firma en calidad de: dos casho.

CC. 66885948.

Huella Indice Derecho

Nota: los datos e información personal aquí consignados, se les dará tratamiento especial de acuerdo con lo establecido en la Ley estatutaria 1581del 17 octubre de 2012"Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales"

LISTA DE CHEQUEO TRASLADO DE PACIENTES A CIRUGIA	CÓDIGO	FOQX-28	CLINICA PALMIRA S.A.
	VERSIÓN	01	
	PAGINA	1 de 1	

NOMBRES Y APELLIDOS: Rosa emilda Gomez		CC: 29699419	
FECHA: 1-Julio-2022.	ADMISIÓN: 583844.		
ASEGURADOR O EAPB: SOS	CÓDGO AUTORIZACIÓN: Urgencia vital.		
PROCEDIMIENTO A REALIZAR:			
CIRUJANO QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Dr Pemilla			

SI EL PACIENTE ES SOAT:				
ESTADO DE CUENTA:	QUE EAPB TIENE:			
AVAL DE AUDITORIA:				
HORA PROGRAMADA:	HORA DE TRASALADO:	SI	NO	N/A

ITEMS	SI	NO	NA	OBSERVACIONES	
El paciente tiene manilla de identificacion	✓				
El paciente esta en ayuno	✓				
Tiene alguna alergia identificada				¿Cual?	
Tiene valoracion pre-anestesica		✓			
Presenta optimas condiciones de higiene	✓				
Examenes de laboratorio actuales	✓			Fecha de realización: 1 Julio - 2022.	
Radiografia de torax		✓			
Electrocardiograma	✓				
Ayudas diagnosticas adicionales				¿Cuales?	
Uñas sin maquillaje	✓				
Retiro de joyas, protesis dentales	✓				
Protesis fija en buen estado		✓			
Tiene reserva de UCI confirmada			✓		
Acceso venoso permeable	✓			Fecha de insercion: 1-Julio-22.	
Liquidos endovenosos rotulados	✓				
Ultima hora en la que se administro anticoagulante			✓	Hora:	
El paciente tiene preparacion especial para el procedimiento			✓	¿Cual?	
Zona de abordaje quirurgico debidamente rasurada			✓		
Paciente con premedicacion indicada se administro oportunamente	✓			¿Cual? Pipetazo 1am, 9am Hora: Hioscina-tdipirona 8am.	
El paciente y familiar conoce el procedimiento que le van a realizar	✓				
Sabe quien es el cirujano que lo va operar	✓				
Consentimiento informado quirurgico firmado					
Consentimiento informado Anestesico firmado					
Reserva de hemocomponentes confirmada			✓	Grupo:	Rh:
Paciente operado				Unidades:	Fecha:
En caso de que la cirugia se cancele, especifique el motivo					

Suleima Delgado G.
Enfermera Jefe
Reg.76-4921-2010
U.Santiago de Cali

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

FIRMA DE QUIEN RECIBE

CLASIFICACIÓN DE RIESGOS PARA CAIDAS DE PACIENTES	CÓDIGO:	FH-27	CLINICA PALMIRA S.A.
	VERSIÓN:	02	
	Pág.	1 de 1	

ESCALA DE MORSE ADAPTADA A LA CLÍNICA PALMIRA

Diligencie al momento del **ingreso** del paciente. Marque con **X** según el riesgo

Nombre del paciente: Rosa Emilda Gomez **Edad:** 67 años **Sexo M** ☐ **F** ☑

Número de HC: 29609419 **Ubicación:** **Proceso:** Cx.

EPS: SOS **Diagnóstico:** Lipotomia

Factor de riesgo a identificar	Descripción del riesgo	Puntos	Evolución 24 horas
1- Edad menor de 7 años y mayor de 60 años	No	☐ 0	☐ 0
	Si	☑ 10	☐ 10
2- Historia de caídas	No	☑ 0	☐ 0
	Si	☐ 25	☐ 25
3- Diagnóstico secundario (más de un diagnóstico relevante, medicamentos: Diuréticos, Antihipertensivos, betabloqueadores, sedantes, hipnótico, anticoagulantes,)	No	☑ 0	☐ 0
	Si HTA	☐ 15	☐ 15
4- Necesita ayuda para caminar	Ninguna, reposos en cama, asistencia de familiar o personal de enfermería.	☑ 0	☐ 0
	Usa muletas, bastón o caminador.	☐ 15	☐ 15
	No usa muletas, ni bastón, ni caminador, pero al caminar debe apoyarse con frecuencia en objetos (por ejemplo muebles)	☐ 30	☐ 30
5- Tiene equipo de venopunción (Líquidos, venoclisis)	No	☑ 0	☐ 0
	Si	☑ 10	☐ 10
6- Tiene alteraciones de la marcha	Normal, reposo en cama o silla de ruedas.	☐ 0	☐ 0
	Débil (se sostiene de algún mueble para apoyarse)	☐ 15	☐ 15
	Limitada, (inestable, tembloroso ,dificultad para estar de pie, paciente obeso)	☐ 20	☐ 20
7- Estado mental	Conciente de sus limitaciones	☑ 0	☐ 0
	No es conciente de sus limitaciones	☐ 15	☐ 15
Fecha:____/____/____, **Hora**_____	☐<50 puntos Riesgo **BAJO** / ☐= ó > 50 puntos Riesgo **ALTO**	**Puntaje Total =** 10	**Puntaje Total =**

Acciones de seguridad para un paciente hospitalizado:

- ☑ Subo las barandas de la cama.
- ☑ Informo al familiar o persona responsable del paciente, que el paciente nunca deberá permanecer solo.
- ☑ Coloco la escalera de altura en el lado por el que el paciente descenderá de la cama y doy la indicación que permanezca siempre ahí.
- ☑ Retiro y reubico todos los objetos que se encuentren en las áreas de deambulación, manteniéndola limpia (incluye mobiliario, equipo y personas).
- ☑ Dejo encendida la luz tenue y doy la indicación de que permanezca en esas condiciones.
- ☑ Doy la indicación de que la movilización del paciente debe ser siempre asistida y proporciono información de cómo hacerlo.
- ☑ Chequeo que el equipo de seguridad en la habitación esté completo y funcional (barandas en baño, antideslizante de la ducha, silla para la ducha).
- ☑ Informo al paciente o al familiar responsable sobre el riesgo de caídas y proporciono información para evitarlas, así como la uso de medidas de contención física si son necesarias y la utilización del intercomunicador o el teléfono para solicitar apoyo en caso necesario.

Firma del familiar responsable que recibe la información _____

Acciones de seguridad para un paciente o usuario en tránsito:

- ○ Identificar las necesidades y posibles riesgos al ingreso.
- ○ Ofrecer ayuda: asistencia personal o silla de ruedas (siempre manejada por personal de salud).
- ○ Recomendar siempre en primera instancia el uso del ascensor o la rampa, no escaleras. Verificar que el equipo de seguridad necesario se encuentre completo y funcional.

OBSERVACIONES:

Extraído de la página del ministerio de protección social; proceso para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.
http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Prevenir_y_reducir_la_frecuencia_de_ca%C3%ADdas.pdf

Nombre de quién realiza la evaluación: _____

FORMATO DE VERIFICACIÓN CIRUGÍA SEGURA

CÓDIGO	FOQX-26
VERSIÓN	02
PÁGINA	1 de 2

CLINICA PALMIRA S.A.

Fecha: 01-07-22

Nombres y apellidos completos del paciente: Rosa Emilda Gomez

Número de identificación: 29699410

Antes del ingreso del paciente a quirófano

Preparación	SI	NO	NA
Se confirma la identificación completa del paciente.	✓	✓	
Se confirma el procedimiento correcto a realizar en el paciente.	✓	✓	
Registre cuál procedimiento se va a realizar: Lumpoctomia			
Se cuenta con la valoración pre-anestésica.	✓		
Se cuenta con los consentimientos firmados.	✓		
El paciente cuenta con las imágenes diagnósticas solicitadas.	✓	✓	
El paciente cuenta con los laboratorios solicitados.	✓	✓	
Se cuenta con la administración del antibiótico profiláctico entre 30 - 60 minutos antes de la cirugía.	✓		
Se cuenta con el ayuno requerido.	✓		
Se cuenta con uñas cortas y sin esmalte. Se remueve prótesis dentales, lentes de contacto, accesorios etc).	✓		
El paciente tiene antecedentes alérgicos (medicamentos, alimentos y otros).	✓		
Registre a qué es alergico el (la) paciente: NO			
El paciente niega síntomas de malestar general, gripa en los últimos siete (7) días.	✓		
Se realiza marcación del sitio quirúrgico a intervenir.	✓		

Antes de la inducción anestésica e incisión cutánea

	Quirófano	SI	NO	NA
Todo el equipo	Se realiza presentación al paciente de los integrantes del acto quirúrgico.	✓		
Anestesiología	Se confirma equipos funcionales (máquina de anestesia) y medicamentos requeridos para inducción anestésica.	✓		
	El paciente tiene condiciones de riesgo de intubación difícil - broncoaspiración.		✓	
	Si el paciente tiene riesgo de broncoaspiración se cuenta con los equipos disponibles para su atención.	✓		
	Se confirma temperatura del paciente (>36°C).	✓		
Instumentación quirúrgica	Se confirma instrumental completo (institucional y por casa médica)	✓		
	Se confirma párametros de esterilidad aceptables de instrumental institucional y por casa médica.	✓		

Time Out

		SI	NO	NA
Cirujano	El paciente tiene riesgo de pérdida sanguínea >500 ml en adultos y > 7ml/kg/peso en niños.	✓		
	Si el paciente tiene riesgo de pérdidas sanguíneas se cuenta con vía venosa e insumos médicos para su manejo.	✓		
Todo el equipo	Se confirma el paciente correcto, el procedimiento y la lateraridad correcta a intervenir.	✓		
	Se confirma el tiempo transcurrido de la administación del antibiótico profiláctico.	✓		
	Se confirma antecedentes alérgicos del paciente si las hubiese.	✓		
	Se confirma el estado de los equipos y la disponibilidad de los insumos requeridos. **Ojo:** procedimiento de > 2 horas de duración se le administra refuerzo antibiótico.	✓		

Antes de la salida del paciente del quirófano y del servicio de cirugía

Quirófano - Recuperación	SI	NO	NA
Se confirma el conteo completo de instrumental e insumos utilizados en relación al conteo inicial.	✓	✓	
Se realiza la rotulación correcta y completa de las muestras biológicas.	✓		
Se evalúa y define tromboprofilaxis.			✓
Se evalúa y define analgésicos.	✓	✓	
Se evalúa y define momento de re-inicio de medicación de base del paciente.	✓		

Lugar de egreso del paciente desde cirugía:

Domicilio_____, Hospitalización_____.

UCI_____, Sala de paz _____.

Firma del personal quirúrgico

Cirujano (a): DIEGO A. PENILLA A. CIRUJANO GENERAL U. del Valle Reg. 1513 S.S.V. T.P. 986 - 89	Anestesiólogo (a): Dr Hector Carrillo Anestesiólogo Reg. 1072-18
Instumentador (a): Laura Pinto	Instumentador (a) de casa médica: ✓
Circulante de recepción: BY COSSE	Circulante de sala: Doya

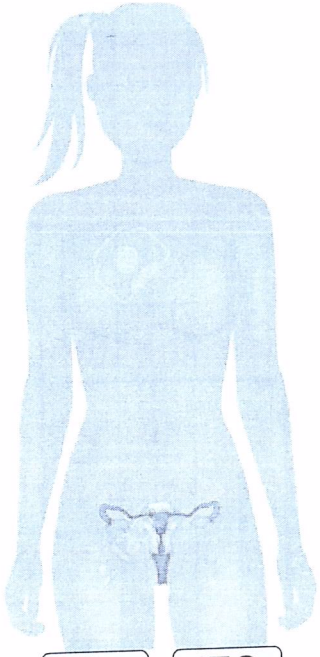
Dm- HTA- Osteopenia. 2 Pfzer.

FORMATO DE VERIFICACIÓN CIRUGÍA SEGURA

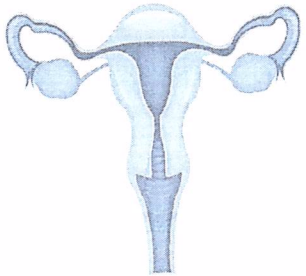
ÁREAS DE DIFÍCIL MARCACIÓN Y VISUALIZACIÓN

FEMENINO	MASCULINO

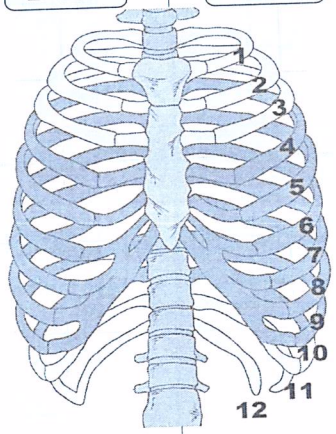
LATERALIDAD

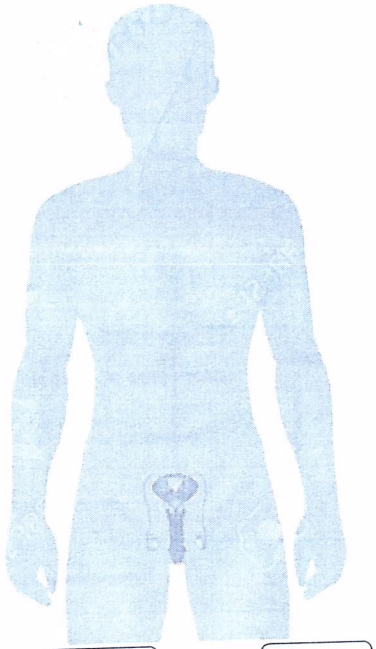


DER IZQ

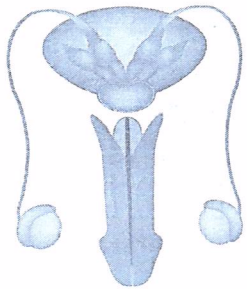


DER IZQ





DER IZQ



CLINICA PALMIRA S.A.

Fecha: 01/07/2022
Hora: 21:24:17

Nombre : ROSA GOMEZ CEBALLOS
ID : 29699419
Edad: 67 Años
Medico :
Orden : - Codigo Interno Cliente :

Fecha Recepcion: 01/07/2022 08:55:08 p. m.
Fecha Impresión: 01/07/2022 09:24:17 p. m.
Empresa :CLINICA PALMIRA S.A - 6
Codigo Interno :113425310

HEMATOLOGÍA

Analisis	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
HEMOGRAMA IV			
Método:			
RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS	4.66	x 10^3/uL	4 - 10
RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS	3.93	x10^6/uL	3.5 - 5.6
HEMOGLOBINA	12.0	g/dl	12 - 16
HEMATOCRITO	* 35.2	%	37 - 45
MCV	89.6	fL	79 - 101
MCH	30.2	pg	26 - 35
MCHC	33.8	g/dl	31 - 37
RECUENTO DE PLAQUETAS	151	x 10^3/uL	150 - 450
RDW-CV	17	fL	16.5 - 17.5
MPV	6.8	fL	5 - 13
NEUTROFILOS#	2.62	x 10^3/uL	1.8 - 6.5
LINFOCITOS#	1.82	x 10^3/uL	0.8 - 4.5
MONOCITOS#	0.18	x 10^3/uL	0 - 1.2
EOSINOFILOS#	0	x 10^3/uL	0 - 1
BASOFILOS#	0.05	x 10^3/uL	0 - 0.3
BASOFILOS%	1.1	%	0 - 3
NEUTROFILOS%	53.2	%	45 - 65
LINFOCITOS%	41.9	%	20 - 45
MONOCITOS%	3.8	%	0 - 12
EOSINOFILOS%	0	%	0 - 10

Nombre: JESUS ANDRES HERRERA NEGRETE
1067943212 - bacteriologo clinica palmira
01/07/2022 09:09:36 p. m.

COAGULACIÓN

DIMERO D AUTOMATIZADO	4.10	ng/mL	0 - 100
VALOR DE REFERENCIA: 0.0 – 0.5 mg/L			
PT			
Método: Foto óptica coagulométrica			
PT	* 15.9	segundos	11.5 - 13.5
INR	* 1.43		0.9 - 1.3
Control Normal PT	12.0	segundos	

CLINICA PALMIRA S.A.

Fecha: 01/07/2022
Hora: 21:24:17

Nombre : ROSA GOMEZ CEBALLOS
ID : 29699419
Edad: 67 Años
Medico :
Orden : - Codigo Interno Cliente :

Fecha Recepcion: 01/07/2022 08:55:08 p. m.
Fecha Impresión: 01/07/2022 09:24:17 p. m.
Empresa :CLINICA PALMIRA S.A - 6
Codigo Interno :113425310

Analisis	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
PTT			
Método: Foto óptica coagulométrica			
PTT	* 36.4	segundos	25 - 35
Control Normal PTT	28.6	segundos	

Nombre: JESUS ANDRES HERRERA NEGRETE
1067943212 - bacteriologo clinica palmira
01/07/2022 09:09:36 p. m.

QUÍMICA

BUN	* 19.3	mg/dL	7 - 18
Método: Colorimétrico			
CLORO	105	mmol/L	98 - 107
Método: Potenciometria Indirecta			
CREATININA	1.02	mg/dL	0.5 - 1.1
Método: Colorimétrico			
PCR PROTEINA C REACTIVA	8	mg/L	0 - 1
Método: Turbidimetría			
VALOR DE REFERENCIA: <6 mg/L			
POTASIO	4.2	mmol/L	3.5 - 5.1
Método: Potenciometria Indirecta			
SODIO	139	mmol/L	136 - 145
Método: Potenciometria Indirecta			

Nombre: JESUS ANDRES HERRERA NEGRETE
1067943212 - bacteriologo clinica palmira
01/07/2022 09:09:36 p. m.

ELECTROCARDIOGRAMA

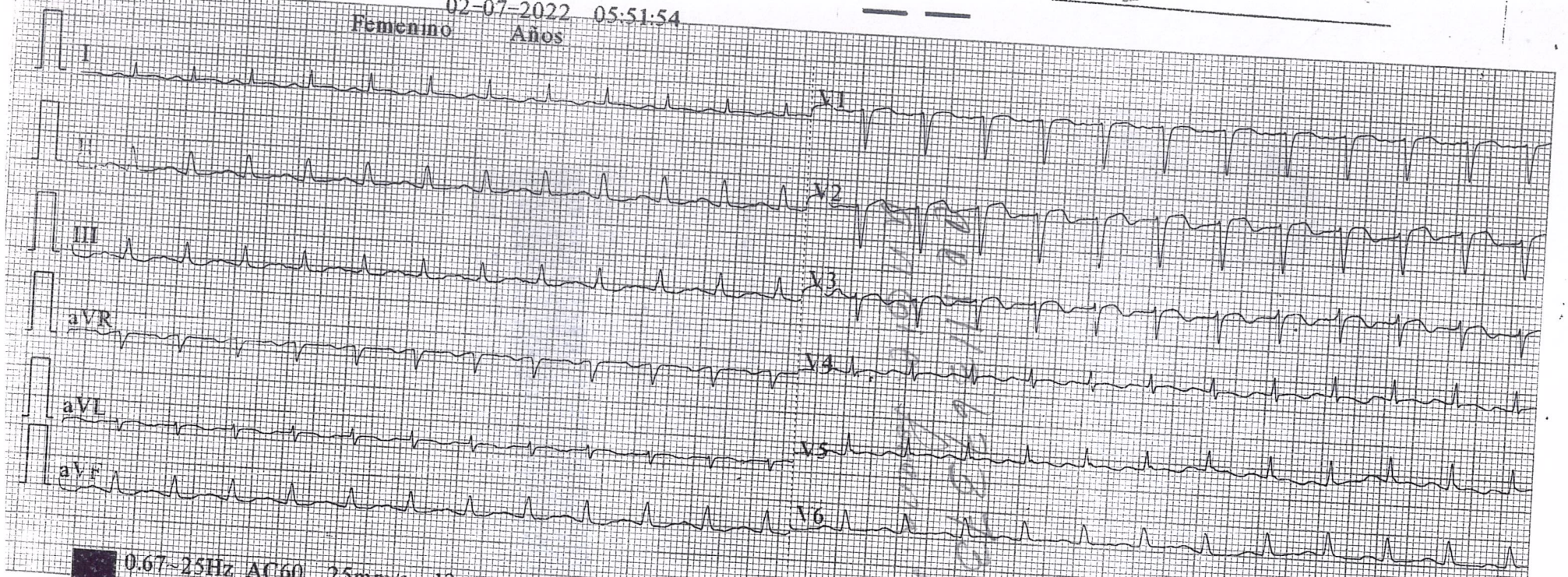
Nombre del paciente: Rosa Emilda Garcia Tipo de Identificación: CC Fecha

Fecha de la toma: 02.07.22 Hora: 5:40 N° Identificacion: 29699419

Entidad: SOS

ID: 34530151 02-07-2022 05:51:54

Femenino Años



0.67~25Hz AC60 25mm/s 10mm/mV 2por5.0s SE 601 1.12 SEMIP V1.90 CLINICA PALMIRA

Rimpedi EDAN SE-601 A / B / C Rimpedi EDAN SE-601 A / B /

Palmira
Valpar