

CLINICA COLSANITAS S.A.
CLINICA REINA SOFIA
HISTORIA CLÍNICA No.: 558683

PÁGINA 6 DE 10

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: ROLFPETER MIKAEL NYBERG

IDENTIFICACIÓN: CE-558683

GÉNERO: MASCULINO **EDAD:** 51 AÑOS 6 MESES 21 DÍAS

RELIGIÓN:

GRUPO SANGUÍNEO: O+

DATOS ADMINISTRATIVOS

ADMISIÓN: U 2021 759

FECHA ADMISIÓN: 09/01/2021 06:14

ENTIDAD: EPS SANITAS S.A.S

UBICACIÓN: OBSERVACION DE URGENCIAS - CAMILLA

PROCEDIMIENTOS

CENTRO DE COSTO ORIGEN : URGENCIAS

CENTRO DE COSTO DESTINO : ECOGRAFIA

NÚMERO PEDIDO :

704204

DESCRIPCIÓN

OBSERVACIONES

CANTIDAD CODIGO SISPRO

DOPPLER DE VASOS DE CUELLO

ACV AP DE ESTENOSIS DE
CAROTIDA INTERNA DERECHA

1

DIAGNÓSTICO: I67.9 - ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA,

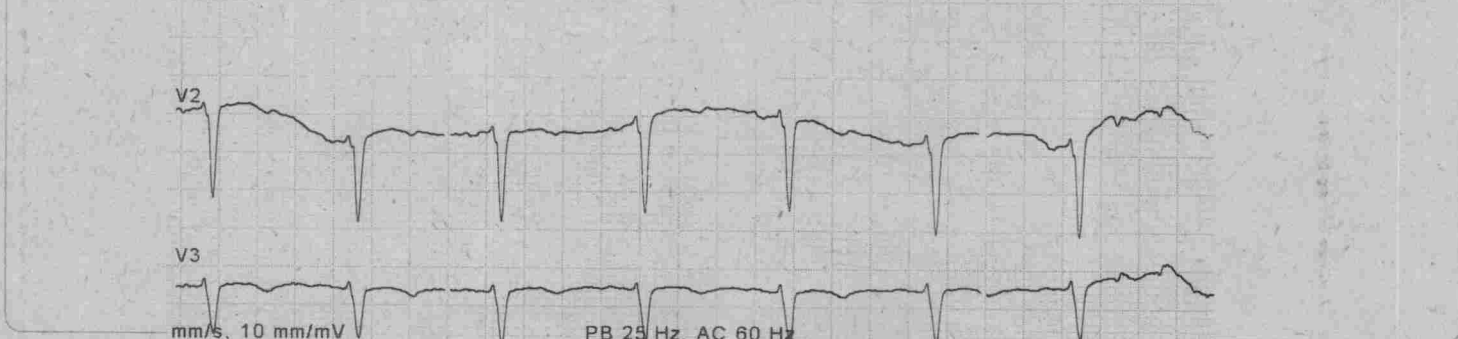
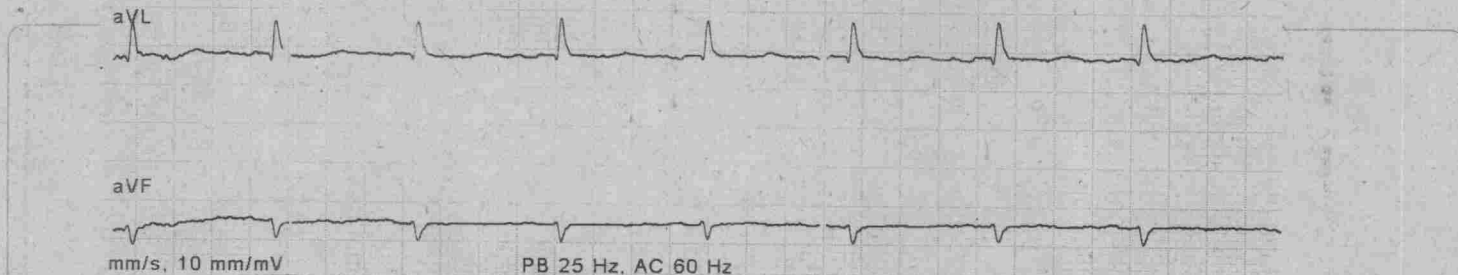
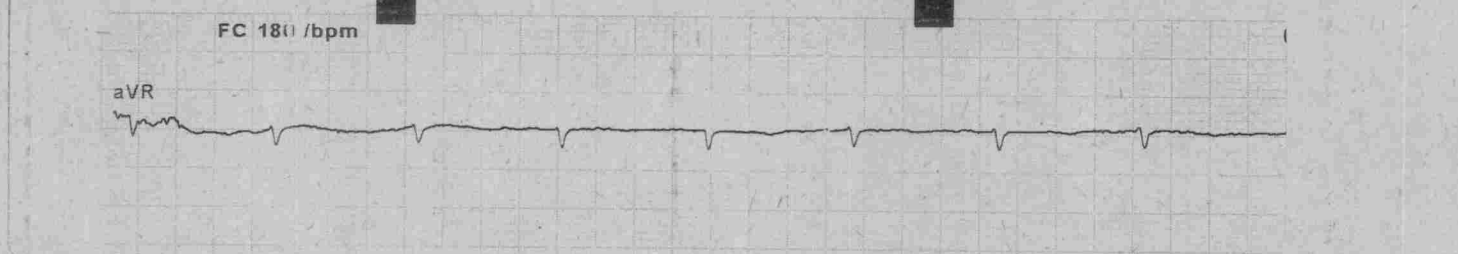
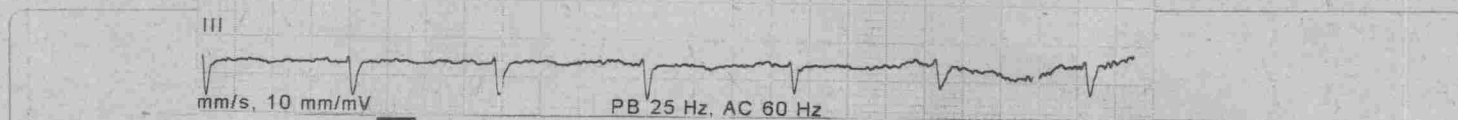
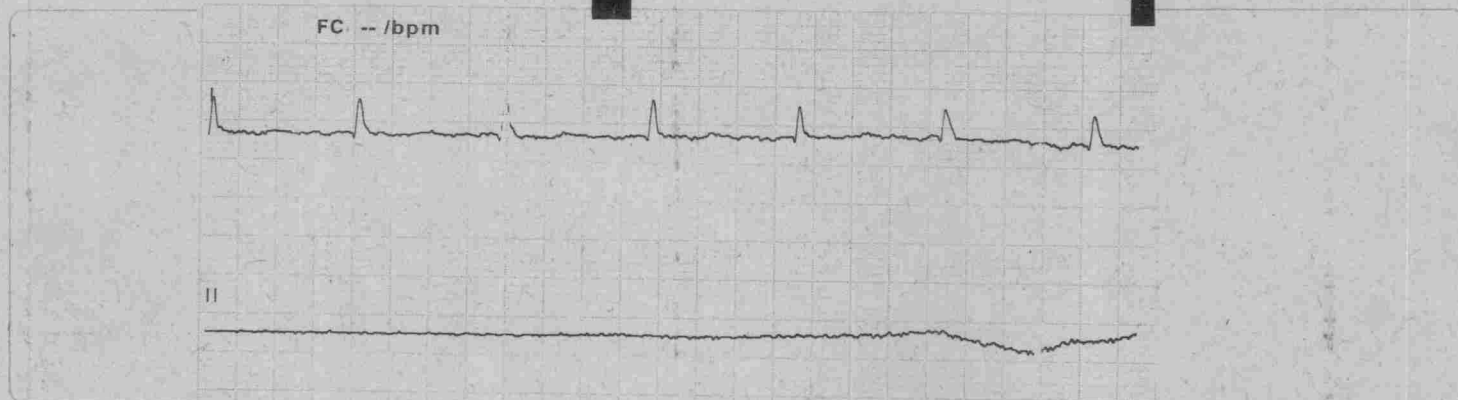
NÚMERO DE ORDEN: 2978847 **FECHA:** 09/01/2021 07:12

PROFESIONAL: RAFAEL DAVID MORENO RUIZ

REGISTRO MÉDICO: 1032392432.

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL .

PACIENTE: Rolfpeter Mikael		DIAGNÓSTICO: _____	
EDAD: 51	DOCTOR: _____	H.C.: 550603	FECHA: 09 01 21 HORA: _____
			DÍA MES AÑO



FC 77 /bpm

V4

V5

V6

mm/s, 10 mm/mV

PB 25 Hz, AC 60 Hz

FC 78 /bpm

09.01.20

INTERPRET

II

III

mm/s, 10 mm/mV

PB 25 Hz, AC 60 Hz

FIRMA MÉDICO RESPONSABLE:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

I. INFORMACIÓN SOBRE ACTIVIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Los actos y cuidados de enfermería son todas las actividades y procedimientos realizados por el grupo de profesionales y auxiliares durante la estancia hospitalaria o ambulatoria del paciente y que forman parte de su valoración, diagnóstico, intervención y/o tratamiento. Incluyen el seguimiento estricto y periódico de las condiciones de bienestar, confort y seguridad del paciente, respetando sus derechos y promoviendo el cumplimiento de sus deberes, dentro de los estándares de calidad que caracterizan la atención en salud.

Se enfocan en el monitoreo de las condiciones de salud y la asistencia del paciente. Están coordinados permanentemente con las demás disciplinas que conforman el equipo de salud, incluyendo los médicos tratantes para lograr de forma eficiente los objetivos terapéuticos. Los cuidados de enfermería requieren mantener canales de comunicación con el paciente, su familia y los integrantes del grupo asistencial.

II. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES FRECUENTES

Dentro de las actividades más frecuentes están:

1. **Punción arterial o venosa:** Procedimiento mediante el cual se introduce una aguja o catéter en la vena o arteria para obtener muestras de sangre. Este procedimiento conlleva unos mínimos riesgos: sensación de mareo, dolor, hematomas en el sitio de punción o sangrado y esporádicamente punción de un nervio.
2. **Otras Punciones:** En esta categoría se encuentran las punciones intramusculares (la aguja penetra la capa muscular debajo de la piel), intradérmica (la aguja penetra la capa de piel debajo de la epidermis), subcutánea (punción del tejido subcutáneo) y capilar (muestra de sangre que se obtiene punzando la piel). Estos procedimientos son necesarios para la administración de medicamentos y realización de algunas pruebas diagnósticas. Dentro de los posibles riesgos que puedan presentarse de estas actividades se encuentran: dolor, induración, infección del sitio de punción, hematoma y sensación de mareo.
3. **Canalización de una vía venosa periférica:** Procedimiento por medio del cual se introduce un catéter en la luz de la vena con el fin de administrar fluidos, líquidos y medicamentos. Los posibles riesgos que se pueden derivar de esta actividad son: repetición de las punciones por dificultad en la canalización de la vena, infiltración, oclusión, embolia y flebitis.

4. **Administración de medicamentos y líquidos endovenosos:** Procedimiento por el medio del cual se introducen al organismo por diferentes vías (oral, intradérmica, subcutánea, intramuscular, endovenosa, rectal y tópico) medicamentos. El personal de enfermería administra los medicamentos prescritos por los médicos tratantes, en las dosis, frecuencias y vías que ellos indican. Existen medicamentos que pueden producir algunas molestias, riesgos o reacciones, tanto por su composición y efectos como por la vía de administración. Es responsabilidad del personal de enfermería informar previamente el nombre del medicamento y posibles efectos de los mismos. Se sugiere al paciente y/o a su representante manifestar oportunamente sus dudas para que le sean resueltas e informar las posibles molestias (dolor, calor, rubor, inflamación, brote en el sitio de la punción o en el trayecto del medicamento) al personal de enfermería.
5. **Higiene, aseo y confort del paciente:** Es el conjunto de medidas de limpieza encaminadas a proporcionar apoyo, bienestar físico y conservar la salud del paciente.
6. **Valoración de signos vitales:** Es la forma de determinar los valores de las funciones básicas del cuerpo. Se mide el pulso, la temperatura, la frecuencia o ritmo respiratorio y la presión arterial. Esta actividad se realiza de forma puntual o periódica, de acuerdo a la necesidad del paciente. Se requiere la utilización de algunos equipos para su ejecución: Termómetro, tensiómetro, fonendoscopio, pulsoxímetro, monitores, entre otros.
7. **Inserción de sondas:** Dependiendo del estado del paciente, puede requerirse el uso de una sonda gástrica o de nutrición enteral para alimentación (sondas que se insertan desde la boca o las fosas nasales hasta la cavidad gástrica). Así como la sonda vesical, la cual se inserta a través del meato urinario hasta la vejiga.
8. **Habilitación de catéteres para quimioterapia:** Los sistemas de catéteres implantables y centrales tipo venoso, proveen acceso vascular seguro para la administración repetida de fármacos y otras sustancias. La adecuación del sistema implantable se realiza mediante la punción de la cámara ubicada debajo de la piel. La habilitación del catéter central no requiere punción, se permeabiliza por la introducción de suero fisiológico por una de sus vías. El procedimiento es realizado por el personal de enfermería experto en el manejo de este tipo de catéteres. Puede conllevar los siguientes riesgos: infección, hematoma, equimosis e infiltración del medicamento en tejidos cercanos.
9. **Catéter central de inserción periférica:** Es un catéter que se inserta en una de las grandes venas del brazo o antebrazo y se lleva a una de mayor calibre cercana al corazón. El procedimiento es realizado por Enfermeras profesionales expertas. Puede conllevar riesgos como: dolor, infección, hematoma, equimosis, sangrado en el sitio de inserción e infiltración.
10. **Sujeción terapéutica:** Es la forma de restringir los movimientos del paciente con el fin de evitar autolesiones o daño a terceros en pacientes agitados o sedados. Se realiza por indicación médica, mediante el uso de sujetadores de tela en cuatro o cinco puntos del cuerpo.

Este procedimiento puede conllevar las siguientes complicaciones: lesión de tejidos blandos por presión o roce con los codos, hombros, crestas iliacas, región sacra o talones y disminución de la perfusión periférica.

11. **Tecnología y dispositivos médicos:** Son los insumos y equipos que se emplean de forma rutinaria para la realización de todas las actividades propias de enfermería con el objeto de garantizar la atención segura, oportuna y de calidad requerida por el paciente, por ejemplo bombas de infusión, inyectores, monitores entre otros.
12. **Acompañamiento en traslados intrahospitalarios:** Para los traslados intrahospitalarios como por ejemplo los desplazamientos al baño para actividades de higiene y aseo personal, deambulaci3n y traslado a otros servicios se brindará el acompañamiento por parte del personal de enfermería. En todo caso se resalta que la familia y/o los representantes del paciente deberán designar un cuidador que de forma permanente lo acompañe durante su estancia en la clínica. Este cuidador deberá solicitar a través del *timbre de llamado* la asistencia de enfermería cada vez que se requiera movilizar al paciente.

III. DECLARACIÓN DE VOLUNTAD:

Yo, Diana Ramirez, identificado (a) con CC número 52814909 de Bta **AUTORIZO** al personal de enfermería de la Clínica Reina Gloria para que durante el proceso de atención se realicen los procedimientos(s) de enfermería antes descritos, en mi condición de paciente o en el paciente Raf Ramirez Nyberg de quien soy representante, conforme a lo ordenado por el médico tratante. Por lo anterior, se **DECLARA** en forma **LIBRE Y VOLUNTARIA** que:

1. He sido informado de los riesgos y complicaciones de los procedimientos antes descritos. SÍ ☒ NO ☐
2. He sido informado de la posibilidad de la toma fotografías o filmación de videos durante los procedimientos, con el propósito y fines académicos. SÍ ☒ NO ☐
3. He sido informado de la naturaleza docente de la clínica y acepto la participación en mi atención de personal en entrenamiento con la respectiva supervisión. SÍ ☒ NO ☐
4. He sido informado del derecho que tengo a retractarme, si lo estimo conveniente, sin que ello afecte los restantes cuidados médicos o de enfermería. SÍ ☒ NO ☐
5. He tenido la posibilidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. SÍ ☒ NO ☐

6. He recibido y comprendido toda la información respecto a los procedimientos de enfermería antes descritos incluyendo sus riesgos y complicaciones. SI ☒ NO ☐
7. Me fue informado que la historia clínica de la atención puede ser utilizada para fines académicos y epidemiológicos, guardando siempre la confidencialidad y reserva frente a la información. SI ☒ NO ☐
8. Se me explicó que en caso de movilización se debe solicitar apoyo del familiar, enfermera particular y/o acompañante y avisar al personal de enfermería de la institución. SI ☒ NO ☐
9. Se me explicó que al salir el familiar, enfermera particular y/o acompañante de la habitación, las barandas deben quedar y permanecer arriba, el timbre de llamado cerca e informar al personal de enfermería para que tomen las medidas necesarias. SI ☒ NO ☐
10. Se me explicó que la enfermera particular, el familiar y/o el cuidador que sea designado por la familia, debe movilizar al paciente acompañado siempre por personal de la institución. SI ☒ NO ☐
11. Todos los espacios en blanco de este documento han sido diligenciados antes de mi firma. SI ☒ NO ☐

Una vez explicados todos los procedimientos de enfermería y resueltas satisfactoriamente mis inquietudes y preguntas por parte de

Enfermera, y en consecuencia leída y entendida la presente DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO, firmo en señal de mi aceptación.

Paciente / Tutor* / Autorizado*

Nombre Diana Ramirez

Firma [Firma]

Documento de identidad 52814909

*Parentesco del responsable Esposa

En mi condición de personal de enfermería encargado de realizar el (los) procedimientos descrito (s) dejo expresa constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos y alternativas y he contestado todas las preguntas que el paciente y/o su familia me han formulado sobre el particular.

Firma Natalia Guey G

Documento de identidad 1022367785

Fecha en el que se firma 09 de enero del año 2024

Ciudad Boquete

NOTA. Este consentimiento debe ser firmado por una única vez, en el momento en que el paciente ingresa a cualquier área de la clínica.

Yo, Rolff Peter, Mikael, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, autorizo al
Doctor Ruiz / Cerna y a los asistentes de su elección, a realizar la(s) siguiente(s)
intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial(es):

Trombolisis en contexto de HCV aguda

También se me ha explicado la naturaleza y propósito de la intervención quirúrgica o procedimiento especial,
así como los beneficios, las complicaciones, las posibles molestias, los riesgos inherentes a la intervención
propuesta y en particular los siguientes:

Sangrado intracerebral /
Gas en la tórax /
Genitourinario

Se me ha informado de las siguientes alternativas de diagnóstico y/o tratamientos existentes: _____, así
como de las ventajas y limitaciones del procedimiento a realizar. Así mismo, se me ha explicado que no es
posible garantizar los resultados esperados en ninguna intervención quirúrgica.

Se me ha informado que en el curso de la intervención propuesta pueden presentarse situaciones imprevistas
que requieran cambiar el procedimiento o intervención autorizado o llevar a cabo procedimientos adicionales.
Por lo tanto, autorizo la realización de estos procedimientos si el médico arriba mencionado lo juzga
conveniente, dentro de su criterio y autonomía profesional.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente. Así
mismo se me ha dado la posibilidad de retirar voluntariamente el consentimiento para el procedimiento
propuesto, sin detrimento en mi relación con el médico o la institución.

Finalmente, manifiesto que he recibido y comprendido toda la información respecto al procedimiento
propuesto y que todos los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma.

Diana Ramirez

Firma del paciente o persona responsable*

Documento de Identidad:

Tipo CC No. 052814909

Firma del testigo

Documento de Identidad:

Tipo _____ No. _____

*Parentesco si firma una persona que no sea el paciente:

1 Coloque la sigla según corresponda CC: Cédula de Ciudadanía, CE: Cédula de Extranjería, PA: Pasaporte

DECLARACIÓN DEL MÉDICO:

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos y alternativas de la intervención quirúrgica o
procedimiento especial citado en el presente documento, y he contestado todas las preguntas que el paciente o persona responsable
me ha formulado.

Dr. Julio A. Ruiz Delgado

0501540776

Medicina Interna

U. Javeriana

Firma, sello y número de registro del médico

Fecha

NOMBRE PACIENTE: Rolf Peter Mikael Nyberg

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

558683 TRaslado de Pacientes IntraHospitalarios Clínica Colsanitas ADMISIÓN: 759

DIAGNÓSTICO:

HABITACIÓN:

FECHA	HORA DE SOLICITUD DE EXAMEN DIAGNÓSTICO	HORA DE TRASLADO DE PACIENTE AL PROCEDIMIENTO	ACTIVIDAD O PROCEDIMIENTO	FUNCIONARIO QUIEN ENTREGA EL PACIENTE EN EL SERVICIO DE ORIGEN	FUNCIONARIO QUIEN TRASLADA AL PACIENTE DEL SERVICIO DE ORIGEN AL SERVICIO DESTINO	SERVICIO DESTINO	OBSERVACIONES DE QUIEN ENTREGA, MARQUE S (SI) O N (NO)			HORA ENTREGA DE PACIENTE PARA PROCEDIMIENTO (SERVICIO DESTINO)	PERSONA QUIEN RECIBE EN SERVICIO DESTINO	HORA DE REGRESO AL SERVICIO DE ORIGEN	FUNCIONARIO QUE TRASLADA PACIENTE AL SERVICIO DE ORIGEN	FUNCIONARIO QUIEN RECIBE EN EL SERVICIO DE ORIGEN	QUIEN TRASLADA PACIENTE AL SERVICIO DESTINO, CUMPLE CON REQUISITOS DE AISLAMIENTO?	SE CUMPLE CON EL PROTOCOLO DE DESINFECCIÓN DEL ÁREA DESTINO SEGÚN AISLAMIENTO DEL PACIENTE
							CON RIESGO CAÍDA	TAPÓN HEPARINIZADO								
							HISTORIA CLÍNICA	MANILLA IDENTIFICACIÓN								
							LIQUIDOS ENDOVENOSOS	TIPO DE AISLAMIENTO								
							BOMBA DE INFUSIÓN	DRENAJES								
							ALERTA MÉDICA	ACOMPAÑADO ENFERMERA								
							OXÍGENO	ACOMPAÑADO CON FAMILIAR								
							CON RIESGO CAÍDA	TAPÓN HEPARINIZADO								
							HISTORIA CLÍNICA	MANILLA IDENTIFICACIÓN								
							LIQUIDOS ENDOVENOSOS	TIPO DE AISLAMIENTO								
							BOMBA DE INFUSIÓN	DRENAJES								
							ALERTA MÉDICA	ACOMPAÑADO ENFERMERA								
							OXÍGENO	ACOMPAÑADO CON FAMILIAR								
							CON RIESGO CAÍDA	TAPÓN HEPARINIZADO								
							HISTORIA CLÍNICA	MANILLA IDENTIFICACIÓN								
							LIQUIDOS ENDOVENOSOS	TIPO DE AISLAMIENTO								
							BOMBA DE INFUSIÓN	DRENAJES								
							ALERTA MÉDICA	ACOMPAÑADO ENFERMERA								
							OXÍGENO	ACOMPAÑADO CON FAMILIAR								
							CON RIESGO CAÍDA	TAPÓN HEPARINIZADO								
							HISTORIA CLÍNICA	MANILLA IDENTIFICACIÓN								
							LIQUIDOS ENDOVENOSOS	TIPO DE AISLAMIENTO								
							BOMBA DE INFUSIÓN	DRENAJES								
							ALERTA MÉDICA	ACOMPAÑADO ENFERMERA								
							OXÍGENO	ACOMPAÑADO CON FAMILIAR								
							CON RIESGO CAÍDA	TAPÓN HEPARINIZADO								
							HISTORIA CLÍNICA	MANILLA IDENTIFICACIÓN								
							LIQUIDOS ENDOVENOSOS	TIPO DE AISLAMIENTO								
							BOMBA DE INFUSIÓN	DRENAJES								
							ALERTA MÉDICA	ACOMPAÑADO ENFERMERA								
							OXÍGENO	ACOMPAÑADO CON FAMILIAR								
							CON RIESGO CAÍDA	TAPÓN HEPARINIZADO								
							HISTORIA CLÍNICA	MANILLA IDENTIFICACIÓN								
							LIQUIDOS ENDOVENOSOS	TIPO DE AISLAMIENTO								
							BOMBA DE INFUSIÓN	DRENAJES								
							ALERTA MÉDICA	ACOMPAÑADO ENFERMERA								
							OXÍGENO	ACOMPAÑADO CON FAMILIAR								
							CON RIESGO CAÍDA	TAPÓN HEPARINIZADO								
							HISTORIA CLÍNICA	MANILLA IDENTIFICACIÓN								
							LIQUIDOS ENDOVENOSOS	TIPO DE AISLAMIENTO								
							BOMBA DE INFUSIÓN	DRENAJES								
							ALERTA MÉDICA	ACOMPAÑADO ENFERMERA								
							OXÍGENO	ACOMPAÑADO CON FAMILIAR								
							CON RIESGO CAÍDA	TAPÓN HEPARINIZADO								
							HISTORIA CLÍNICA	MANILLA IDENTIFICACIÓN								
							LIQUIDOS ENDOVENOSOS	TIPO DE AISLAMIENTO								
							BOMBA DE INFUSIÓN	DRENAJES								
							ALERTA MÉDICA	ACOMPAÑADO ENFERMERA								
							OXÍGENO	ACOMPAÑADO CON FAMILIAR								

NOMBRE:

HISTORIA :

ADMISIÓN:

DIAGNÓSTICO:

[illegible]