



clínica

Para ti, solo ti

soluciones

MANUAL DE REGISTRO

CODIGO:GF-FA-FO-004

FECHA:

CERTIFICADO DE ATENCION DE
L SERVICIO

VERSION:

PAGINA: 1

Neiva, 29 de 8 del 2014

Yo, Juan Carlos Guzmán Con C.C. No. 7.702.144,
de NEIVA obrando en mi nombre propio y/o como acudiente de,
CERTIFICO que recibí (io) atención en el servicio de De la CLINICA
UROS S.A

PARA CONSTANCIA

FIRMA:

NOMBRE:

DIRECCION: KARRE 28 #9-10

TELEFONO: 314348-3143487777

SERVICIO PRESTADO:

Aceptable

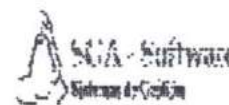
Marca	Referencia	Presente	Nombre Producto	Total.Cant	Vr.unitario	Vr.total
>> ORDEN DE SS: 1 180 1108651						
BIO	DIPIRONA	AMPO	DIPIRONA 1G/2ML AMPOLLAS	1	1,800	4,800
BIO	FENTANILO10ML	AMP	FENTANILO 0.5 MG/10ML AMPOLLA	1	2,071	2,071
BIO	RANITIDINA	AMPO	RANITIDINA 50MG/2ML AMPOLLA	2	2,000	6,000
CCF	890402-01		INTERCONSULTA POR ORTOPEdia	1	25,000	25,000
CHA	MIDAZOLAM5MG	AMPO	MIDAZOLAM 5MG/10ML AMPOLLA	1	4,006	4,006
CHA	REMIFENT	AMPO	REMIFENTANYL 2MG AMP	1	117,999	117,999
FNE	MORFINACLO10MG	UNID	MORFINA 10MG/ML AMPOLLA	1	1,530	1,530
FNN	DIPIRONAMAG2	AMPO	DIPIRONA MAGNESICA 2G/5ML AMPOLLA	2	1,800	3,600
GEN	TRAMADOL 50	AMPO	TRAMADOL CLORIH 50 MG/ML AMPOLLA	2	3,600	7,200
HOS	QUELICIN	FRAS	QUELICIN 1000 MG/10ML FRASCO	1	49,377	49,377
ISS	873121		RADIOGRAFIA DE HUMERO	1	22,908	22,908
LPI	LACTATO500ML	BOLS	SOLUCION LAC RINGER HARM 500ML	1	7,000	14,000
LPI	SOLSAL09		SOLUCION SALINA X 100 ML	1	2,800	2,800
LPI	SOLUCIONSAL	BOLS	SOLUCION SALINA X 500ML	1	11,600	37,700
MAS	SSN X 1000ML	BOLS	SOLUCION SALINA 1000ML SOBREBOLSA	1	5,340	16,020
MMQ	1642010001	SET	SET LC 5000 PRIMARIO	1	25,039	25,039
MMQ	18G X1		AGUJA HIPODERMICA 18G X1	1	181	181
MMQ	6 1/2		GUANTES 6 1/2	2	720	1,440
MMQ	7		GUANTES 7	4	1,313	5,252
MMQ	7 1/2		GUANTES 7 1/2	1	840	840
MMQ	7-5 C		TUBO ENDOTRAQUEAL 7-5 C-B	1	30,819	30,819
MMQ	8		GUANTES 8	1	1,313	1,313
MMQ	BURETROL	UNID	EQUIPO BURETROL	1	8,018	8,018
MMQ	CATETER 18 11/4		CATETER INTRAVENOSO 18	1	1,950	1,950
MMQ	CT-1 J347H		VICRYL 1 CT-1 J347H	2	20,880	41,760
MMQ	DIALAFLOMAC		DIALAFLO ADULTO	1	54,751	54,751
MMQ	ELASTICA 6X5		VENDA ELASTICA 6X5	2	6,800	13,600
MMQ	EXTENSION		EXTENSION PARA ANESTESIA ADULTO	1	7,000	7,000
MMQ	HOJA BISTURI 20		HOJA BISTURI 20	1	300	300
MMQ	JERINGA 10CC		JERINGA 10CC	3	1,260	8,064
MMQ	JERINGA 5CC		JERINGA 5CC	3	185	555
MMQ	LAPIZ ELECTRO		LAPIZ DES. ELECTROBISTURI	1	22,781	22,781
MMQ	LLAVE 3VIAS		LLAVE 3 VIAS	1	1,020	1,020

Marca	Referencia	Present.	Nombre Producto	Total.Cant	Vr.unitario	Vr.total
MMQ	MACRO	UNID	EQUIPO MACROGOTEO	2	4,212	4,212
MMQ	PAQ X30		ELECTRODOS ADULTOS	3 Cx	366	1,098
MMQ	PLACA ELECTRO		PLACA ELECTROCAUTERIO	1 Cx	38,026	38,026
MMQ	PROLENE		PROLENE 2.0 SC 26JJ 8185ST	1	18,058	18,058
NIR	PROPRANOL80MG	CAJA	PROPOFOL 14 AMPOLLA 20ML	1	12,000	12,000
PFC	DEXAM8MG	AMPO	DEXAMETASONA ACETATO 8MG/2ML AMPOLLA	1	1,613	1,613
PRM	SEVORANE	FRAS	SEVOFLURANO 250ML SUSPENSION	100 Cx	2,500	250,000
ROP	LIDOCA2S	FRAS	LIDOCAINA 2% SIN EPINEFRINA	1 Cx	5,200	5,200
ROP	TRANEXAM	AMPO	ACIDO TRANEXAMICO 500MG AMPOLLA	1	11,800	70,800
VIT	CEFALOTINA	AMPO	CEFALOTINA 1G AMPOLLA	8-2	8,640	34,560
VIT	CEFAZOLINA1GR	AMP	CEFAZOLINA 1GR AMPOLLA	1 Cx	3,226	6,452
VIT	DICLOFENACO	AMPO	DICLOFENACO SODICO 75 MG/3ML AMPOLLA	1 Cx	584	584
TOTAL DOCUMENTO 1 180 1108651				234	550,226	982,297

Nataly Johana Feria G.
Enfermera Jefe U. de C.
C.C. 1.049.777.134
Reg. 5.457.12



EPS-S COMFAMILIAR HUILA



Opciones: Inicio EPS-s Red Afiliados Rips Res4505

Salir**OPCIONES DE BUSQUEDA,**

1.- Digite directamente el tipo y numero de identificación del **AFILIADO** a consultar. Ej.: CC-19000111,

2.- De un clic en el icono , digite el primer apellido y el primer nombre. Luego seleccione de la lista el afiliado a consultar

EPS-S COMFAMILIAR HUILA

Identificación
del Afiliado 7702144
Tipo-Numero




DATOS AFILIADO

Municipio de Residencia

Identificación

Apellidos

Nombres

Sisben

Pertinencia Étnica

Estado de la Afiliación

Fecha de Consulta

Regimen

(41001) NEIVA-HUILA

CC- 7702144

GUZMAN GUARNIZO

JUAN CARLOS

Nivel I

6 - No aplica

Afiliado ACTIVO

2014-08-29 18:10:24

SUBSIDIADO**Servicios médicos**

N°	Servicio	Prestador
1	Medicamentos baja ambulatorios (capitado)	COMFAMILIAR HUILA FARMACIA - NEIVA
2	Promoción y prevención (capitado)	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
3	Rayos X (C)	RAYOS X DEL HUILA S.A.S.
4	IPS baja complejidad (capitado)	COMFAMILIAR HUILA IPS - NEIVA (QUIRINAL-SAN JORGE)
5	IPS mediana complejidad (evento)	CLINICA UROS S.A.
6	Optometría + lentes y monturas (C)	OPTICA ALEX y/o MARISOL CELIS GUTIERREZ
7	Atención Patología Cáncer (PP)	UNIDAD ONCOLOGICA SURCOLOMBIANA S.A.S.
8	Atención Patología CardioVascular (PP)	CLINICA MEDILASER S.A.
9	Urgencias y hosp baja complejidad (evento)	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
10	Atención del Parto (Evento)	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
11	Oxígeno domiciliario (C)	GASES INDUSTRIALES Y MEDICINALES DEL PACIFICO S.A.S

Versión 6.0

- Copyright © SGA-Software Sistemas de Gestión Ltda. Todos los Derechos Reservados.

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud - FOSYGA

Información de Afiliados en la base de datos única de afiliación al Sistema de Seguridad Social

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 8/29/2014 6:10:36 PM

Estación de origen: 181.48.171.9

Información Básica del Afiliado

Tipo de Identificación CC
Numero de indentificación 7702144
Nombres JUAN CARLOS
Apellidos GUZMAN GUARNIZO
Fecha de Nacimiento **/**/
Departamento HUILA
Municipio NEIVA

Datos de afiliación

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA AFILIACION ENTIDAD	TIPO AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA "COMFAMILAR"	SUBSIDIADO	13/05/2008	CABEZA DE FAMILIA

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 1344 de 2012.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, es de la fuente de información, en este caso, de las EPS. Artículo 5 de la Resolución 1344 de 2012 y el literal c) del artículo 4° de la Ley 1266 de 2008; por lo tanto, las inconsistencias que refleje esta información son imputables a las EPS o al municipio y no al Ministerio de Salud y Protección Social.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página del FOSYGA, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la Resolución 1344 de 2012.

Para los casos en los cuales los datos publicados en la consulta del FOSYGA sobre tipo y/o número de identificación no correspondan con los datos reales de nombres y/o apellidos, el usuario deberá presentar a la EPS certificación expedida por la Registraduría Nacional del Estado Civil. (No se aceptan certificados de supervivencia). Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la Resolución 1344 de 2012, o solicitar al Ministerio la corrección de información.



clínica
UROLOGÍA
PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES
NIT. 813.011.577 - 4

REGISTROS MEDICOS

EPICRISIS

29	08	14
D	M	A
FECHA		

GUZMAN				GUARNIZO				JUAN CARLOS			
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				NOMBRE			
38 AÑOS			206-3	1108651	27/08/2014		COMFAMILIAR		7702144		
EDAD			CAMA	ADMISION	INGRESO		ENTIDAD		HISTORIA CLÍNICA		
27	08	14	URGENCIAS			29	08	14	HOSPITALIZACIÓN		
D	M	A	UNIDAD FUNCIONAL			D	M	A	UNIDAD FUNCIONAL		
INICIO DE LA ATENCIÓN				FINALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN							

A. DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO Y RELACIONADOS	CÓDIGO CIE 10
1. POP DIA 1 REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DIAFISIARIA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA + OSTEOTOMIA DE HUMERO.	
2. FRACTURA DIAFISIARIA DE HUMERO IZQUIERDO.	

B. ORDENAMIENTO

1. RESUMEN DE ANAMNESIS
PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 9 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA CON POSTERIOR TRAUMA CONTUNDENTE A NIVEL DE BRAZO IZQUIERDO, CON POSTERIOR DOLOR, DEFORMIDAD Y LIMITACION PARA MOVIMIENTOS DE DICHA EXTREMIDAD; CONSULTO PREVIAMENTE SIENDO VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN CONSIDERO FRACTURA DE HUMERO POR LO QUE INMOVILIZA CON FERULA DE YESO Y DA EGRESO PARA PROGRAMAR CIRUGIA AMBULATORIA. INGRESA HOY PROGRAMADO PARA CIRUGIA.
2. EVOLUCIÓN
28-08-14: PACIENTE ESTABLE, ES LLEVADO A SALAS DE CIRUGIA DONDE REALIZAN REDUCCION ABIERTA FRACTURA DIAFISIARIA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA CON PLACA DCP + OSTEOTOMIA DE HUMERO, ENCONTRANDO FRACTURA DIAFISIARIA DE HUMERO IZQUIERDO CON CALLO OSEO BLANDO, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES; SE TRASLADA A PISO A CONTINUAR MANEJO POSOPERATORIO.
29-08-14: PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, CON ADECUADA EVOLUCION DEL POSTOPERATORIO, RX CONTROL MUESTRA ADECUADA POSICION DE PLACA Y FRACTURA, TOLERANDO LA VIA ORAL, CON DOLOR CONTROLADO, POR LO QUE SE DA SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS ALARMA, FORMULA MEDICA Y CONTROL.
3. COMPLICACIONES
NINGUNA
4. CONDICIÓN DEL PACIENTE A LA FINALIZACIÓN
PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADA. CON SIGNOS VITALES TA: 110/70 MMHG FC: 74 LPM, FR 18 RPM. C/C: LESION COSTROSA NECTROTIZADA DEPRIMIDA A NIVEL DE LA FONTANELA ANTERIOR HASTA REGION FRONTAL. C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. EXTREMIDADES: PULSOS POSITIVOS, MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO POR CABESTRILLO, HERIDA SANA CUBIERTA POR VENDAJE DE GASA. NEUROLOGICO: ALERTA, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.
5. ORDENES MEDICAS
- RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA. - DICLOFENAC 50MG VO CADA 12 HORAS. - CEFLEXINA 500MG VO CADA 6 HORAS. - CONTROL POR CONSULTA EXTERNA DE ORTOPEDIA EN 10 DIAS. - CURACIONES DIARIAS 2 VECES AL DIA. - USAR CABESTRILLO INMOVILIZADOR. - TERAPIAS FISICAS DE MOVILIZACION MANO IZQUIERDA EN CASA.
6. PARACLINICOS
VER HISTORIA CLINICA.

5429

1108651

 Clínica UTO PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES NIT: 813.011.577-4	MANUAL DE REGISTROS	CÓDIGO: PS-AC-FO-002
	HISTORIA CLÍNICA	FECHA: 20-02-09
		VERSIÓN: 00
		PÁGINAS: 1 de 2

A- IDENTIFICACIÓN

No. 69067

1er. APELLIDO GUZMAN		2do. APELLIDO (o de casada) GUARINO		NOMBRE Juan Carlos		No. HISTORIA CLÍNICA	
EDAD 38	SEXO M	DOCUMENTACIÓN C.C. ☒ T.I. ☐ RC. ☐		No. 7702144			
RESIDENCIA ACTUAL (Dirección, Localidad, Municipio, Sección del País) C228 sur 9-6						TELÉFONO 3173487777	
PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Nombre, Relación de Parentesco o Amistad)							
ENTIDAD CT		CONDICIÓN DEL USUARIO Vinculado ☒ Subsidiado ☐ Contributivo ☐ Particular ☐ Otro ☐			CÓDIGO AUTORIZACIÓN 294144		

B - LLEGADA DEL PACIENTE

FECHA 2-8-17 6:46		EL PACIENTE LLEGA POR SUS PROPIOS MEDIOS? SI ☒ NO ☐		EN QUÉ ESTADO LLEGÓ EL PACIENTE Conciente ☒ Inconsciente ☐ Muerto ☐	
Día Mes Año Hora		CUÁL CAERON			
Nombre del Médico:				Diligenciado por:	
ACOMPANANTE: Nombre y relación de parentesco o amistad					

C- EN CASO DE ACCIDENTE, INTOXICACIÓN O VIOLENCIAS

FECHA DE OCURRENCIA		SITIO DE OCURRENCIA		
Día Mes Año Hora				
CAUSA BÁSICA QUE ORIGINA LA ATENCIÓN		Notificación a la policía ☐	Notificación a Familiares ☐	Notificación a Servicio de Salud ☐
HORA INICIO ATENCIÓN 7+20 pm.				
Día Mes Año Hora		Día Mes Año Hora		

D - ANAMNESIS, EXAMEN FÍSICO Y EVOLUTIVO

OTIVO DE LA CONSULTA Problemas con CX
ENFERMEDAD ACTUAL Paciente quien presenta cuadro clínico de 9 días de evolución consistente en caído de su propia altura con posterior Trauma contundente en Brazo izquierdo posterior dolor, deformidad imposibilidad para movimientos de dicha extremidad. Actualmente Extremidad inmovilizada con cabestrillo. Dolor intensidad 8/10
Ant. Patológicos (-) Alérgicos (-) Qu (-) Traumáticos por enf. Actual. hospitalarios (+) Ulcera duodenal Familiares: Madre HTA



Clínica
UROS
PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES
NIT: 813.011.577-4

MANUAL DE REGISTROS

HISTORIA CLÍNICA

CÓDIGO: PS-AC-FO-002

FECHA: 20-02-09

VERSIÓN: 00

PÁGINAS: 2 de 2

ANTECEDENTES

FAMILIARES	PERSONALES	PEDIÁTRICOS	GINECOOBSTÉTRICOS
A. Diabetes ☐	E. Diabetes ☐	J. Parto Normal ☐	Menarquia ☒
B. HTA ☒	F. HTA ☐	K. CPN ☐	Ciclos
C. Cáncer ☐	G. Quirúrgicos ☐	L. Vacunación ☐	G _ P _ C _ A _ V _
D. Otros ☐	H. Toxicoalérgicos ☐	M. Otros ☐	FUM

PLANIFICACIÓN

EXAMEN FÍSICO

TA 120/80 FC: 70 lpm FR: 18 lpm T: 36.4 PESO: 74.

Especifique los datos positivos

Adaptable estado general, hidratado.

	N	AN	
Cabeza	☒	☐	Normocéfalo
Ojos	☒	☐	Escleras anictericas conjuntivos normocromicos
ORL	☒	☐	Mucosa oral húmeda
Cuello	☒	☐	movil no se palpan masas.
CP	☒	☐	Sin distensiones
Abdomen	☒	☐	Blando depresible no doloroso no irritación perit.
Extremidades	☐	☒	Edema equimosis en Brazo izquierdo con
Neurológicos	☒	☐	deformidad y limitación de movimientos
G.U.	☒	☐	sin alteración sin cambios

N: Normal
AN: Anormal

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

① Fractura humero izquierda COD CIE - 10 S429.

2. COD CIE - 10

3. COD CIE - 10

TRIAGE

CONDUCTA

- CANALIZAR.

- SEN 0.9% para la boca/h.

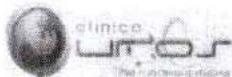
- Difenidramina 10 mg IV cada 6 horas lento y diluido

- Valoración por ortopedia.

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

E. SALIDA DEL PACIENTE (Resumen)

FECHA				MUERTO ☐	DESTINO	HOSPITALIZACIÓN ☐	SERVICIO
Día	Mes	Año	Hora				
				VIVO ☐	DOMICILIO ☐	REMITIDO A OTRA ☐	NOMBRE
					CONSULTA EXTERNA ☐	INSTITUCIÓN ☐	CIUDAD
					OTRO ☐	CUAL	

**MANUAL DE REGISTROS**

CODIGO: PQ-CH-FO-007002

HOJA QUIRURGICA

FECHA: PQ-CH-FO-007002

Documento: CC 7702144 Paciente: JUAN CARLOS GUZMAN GUARNIZO
Entidad: COMFAMILIAR Edad: Años 38 Meses 2 Dias 19
Fecha: 28/08/2014 Hora Entrada: 11:30 Hora Salida: 13:00 Duracion: 01:30:00
Cirujano: JEFFERSON PERDOMO CORDOBA Especialidad: ORTOPEDISTA
Clase Cirugia: Limpia: ☒ Contaminada: ☐ Sucia: ☐ Anestesia: General: ☒ Regional: ☐ Local: ☐
Anestesioologo: CARLOS A RIVERA Ayudante: HANSEL STEVEN LIS BOLAÑOS
Instrumentador: FREDY STIVENSON ROJAS SANTOS Circulante: JENNY MARITZA CUELLAR RAMIREZ

CODIGO	PROCEDIMIENTO	VIA
793210	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN DIAFISIS DE HUMERO CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS	MISMA
772200	OSTEOTOMIA DE HUMERO SOD	MISMA

Hallazgos:

FRACTURA DIAFISARIA DE HUMERO DERECHO CON CALLO OSEO BLANDO

Descripción:

PACIENTE EN DECUBITO PRONO, ANESTESIA GENERAL, ASEPSIA Y ANTISEPSIA, ABORDAJE POSTERIOR DE BRAZO DERECHO, DISECCION POR PLANOS, DISECCION INTERVALO TRICEPS, IDENTIFICACION Y PROTECCION DEL NERVIO RADIAL CRUZANDO EL FOCO DE FRACTURA CON CALLO OSEO BLANDO, SE REALIZA OSTEOTOMIA, SE CURETEA FOCO DE FRACTURA, SE REDUCE FRACTURA, SE FIJA CON PLACA DCP DE 7 ORIFICIOS Y 6 TORNILLOS DE CORTICAL, SE LAVA CON SSN Y SE CIERRA POR PLANOS

Complicaciones:

NINGUNA

Estudio Patológico: SI ☐ NO ☒ Cantidad: 0 Microbiología: SI ☐ NO ☒

Jefferson Perdomo Cordoba
Ortopedia y Traumatología
C.C. 7725.941
U.S.M.

Firma

8



Clínica
UROS
PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES
NIT: 813.011.577-4

INFORME DE ANESTESIA

A. IDENTIFICACIÓN

1er. Apellido		2do. Apellido (o de casada)		Nombres		No. HISTORIA CLÍNICA	
Carmen				Juan Carlos		2707144	
FECHA		EDAD		SEXO		TALLA (cms)	
200814		38		A			
Día Mes Año		Años Meses Días		H M			
0803							
SERVICIO		SALA O CUARTO		No. CAMA		ANESTESIAS PREVIAS	
						0	

B. EVALUACIÓN PREANESTÉSICA

TEM.	F.R.	F.C.	T.A.	H.B.	HTO	GLIC	CREAT	BUN	T.P.	T.P.T.	I.N.R.	TYA PROT	FUMA	BEBE	GRUPO	RH
	127	110	60													
DIAGNÓSTICO																
OPERACIÓN PROPUESTA																
PATOLÓGICOS-QUIRÚRGICOS-ALÉRGICOS-ANESTÉSICOS-FARMACÉUTICOS-OTROS																

OC
R
I
E
N
T
Y
T

ESPECÍFICO:	Alte. Recta. Fiebre. CRC Normal. CIP Normal. Abdomen Normal. SNC Normal.															
ACILIDAD	INT	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO		ESTADO PSICOLÓGICO	
TIPO		Carate.	
BLOQUEO		FIRMA	
PERIDURAL		Carlos M. C.C. 1725.152	
ESPINAL		Anestesiología y Reanimación C.C. 1725.152	
GENERAL			
NECESITA SANGRE		PREMEDICACIÓN	
no		no	

C. POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACIÓN

OSICIÓN																
RESPIRACIÓN																
42	180											HEMORRAGIA	DIURESIS			
40	160											REFLEJO	SENSIBILIDAD			
38	140											MOTILIDAD	PIEL			
36	120											COMENTARIOS				
34	100															
32	80															
30	60															
28	40															
26	20															
HORA														HORA SALIDA Y MOTIVO		FIRMA
1														4		
2														5		
3														6		
4														7		
5														8		
6												9				
7												10				
8												11				
9												12				
10												13				
11												14				
12												15				

COD. 530

SIHUN-400-25

HOJA No.

DIAG. PREOPERATORIO:		DIAG. POST OPERACIÓN		OPERACIÓN		ANESTESIÓLOGOS:		CIRUJANOS	
Ex Humero Izq		2da.		Reducción abierta Ex Humero Izq.		A. Viquez			
TIEMPO DE AYUNO		LOCAL:		BLOQUEO:		CAUDAL:		OTRA:	
LÍQUIDO:		DISOCIATIVA:		EPIDURAL:		ESPINAL:		NIVEL:	
SÓLIDO:								AGUA:	
POSICIÓN:								OT No. ☐	
RESPIRACIÓN:								E OT No. ☐	
SPO2								PULSO	
Ek6								RESPIRACIÓN	
ETCO2								T.A.	
230								INDUCCIÓN	
42								INICIACIÓN Y FINALIZACIÓN	
22								MASC.: ☐	
210								FEM.: ☐	
20								P.V.C. XXX	
190								T°	
18								TORNQUETE	
170								E.C.G.	
16								1 AL 5 LÍQUIDOS	
150								6 AL 6 DROGAS	
14								6 Lidocaine	
130								7 Bupivacaine	
12								8 Bupivacaine	
110								9 Quilolone	
10								10 Dexamet	
90								11 Dexamet	
8								12 Morphine	
70								13	
6								14	
50								15	
4								16	
30								TO C.C.	
2								TAL C.C.	
10									
HORA:									
1/2 12 1/2 13									
AGENTES									
1 50, 50, 1500 cc									
2 Ampicil 0,5/1/1/1									
3									
4									
5									
HEMORRAGIAS									
DIURESIS									
TOTALES									
1 100, 20									
5 100, 20									
9 100, 20									
13									
ESTADO AL LLEGAR AL QUIRÓFANO:									
ESTADO AL SALIR DEL QUIRÓFANO:									
OBSERVACIONES									
1 Anestesia profunda									
2 Anestesia profunda									
3 Anestesia profunda									
4 Anestesia profunda									
5 Anestesia profunda									
6 Anestesia profunda									
7 Anestesia profunda									
8 Anestesia profunda									
9 Anestesia profunda									
10 Anestesia profunda									
11 Anestesia profunda									
12 Anestesia profunda									
13 Anestesia profunda									
14 Anestesia profunda									
15 Anestesia profunda									
16 Anestesia profunda									



Clínica
UROS
PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES
NIT: 813.011.577-4

MANUAL DE REGISTROS

CODIGO: PQ -CI -FO - 023

FECHA: 01 - 06 - 2013

FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRURGICA

VERSIÓN: 00

PAGINA: 1 de 1

ENTRADA (Antes de la inducción de la anestesia)

- ☒ El paciente ha confirmado:
- Su identidad
 - El sitio quirúrgico
 - El procedimiento
 - Consentimiento informado
- ☐ Demarcación del sitio quirúrgico
- ☐ No procede
- ☒ Se ha completado el control de la seguridad de la anestesia
- ☒ Pulsioxímetro colocado y en funcionamiento
- ☒ Verificado instrumental / equipo quirúrgico / prótesis.
- ¿Tiene el paciente?
- ¿Alergias conocidas?
- ☒ No ☐ Si,
- ¿Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?
- ☒ No ☐ Si, y hay instrumental y equipo/ ayuda disponible
- Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)
- ☒ No ☐ Si, y ha previsto la disponibilidad de acceso IV y líquidos adecuados

PAUSA QUIRURGIA (antes de la incisión cutánea)

- ☒ Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función
- ☒ Cirujano, anestesiólogo y enfermera confirman verbalmente:
- paciente
 - sitio quirúrgico
 - procedimiento
 - posición
 - sondaje
- Previsión de eventos críticos
- ☒ El Cirujano revisa: ¿cuáles son los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista?
- ☒ El Anestesiólogo revisa: si el paciente presenta algún problema específico
- Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?
- ☒ Si ☐ No procede
- Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?
- ☒ Si ☐ No procede

SALIDA (Antes de que el paciente salga del quirófano)

La enfermera confirma verbalmente con el equipo:

- ☒ El nombre del procedimiento realizado
- ☒ Los recuentos de compresas, agujas e instrumental son correctos
- ☐ No proceden
- ☐ El etiquetado de las muestras (que figure el nombre del paciente, Numero de HC, fecha)
- ☒ No procede

Hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos? ☐ Si ☒ No

- ☒ El cirujano, anestesiólogo y enfermero revisan los principales aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente

¿Necesita profilaxis tromboembólica?

☐ Si ☐ No

Cirujano

Anestesiólogo

Enfermera

Instrumentador

Nombre Paciente: *Joan Carlos Gozman*

Procedimiento:

Historia Clínica: *A 202144*

Fecha: *28/01/2014*



Clínica
UROS
PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES
NIT: 813.011.577-4

MANUAL DE REGISTROS

HOJA DE GASTOS

No. **231509**

CÓDIGO: GR-AS-FO-002

FECHA: 20/02/09

VERSIÓN: 00

PÁGINA: 1 de 1

FECHA: 28-8-2014 ENTIDAD: Con familiar No. ADMISIÓN: 1108651
NOMBRE: Juan Carlos Guzman 7702144 HABITACIÓN No. STEIN

CANTIDAD SOLICITADA	DETALLE	PRESENT.	ENTREGADO	PENDIENTE
1	Placa x 7 orificios Angosta WL			
1	Tornillo 4.5mm x 20 Long			
3	Tornillos 4.5mm x 22 Long			
3	Tornillos 4.5mm x 24 Long			

NOMBRE QUIEN RECIBE: _____

FECHA ENTREGADO POR FARMACIA: _____

Jenny Perdomo C.
Ortopedia y Traumatología
C.C. 7725841
E.U.S.M.

MÉDICO

Carrera 6 No. 16-35 Neiva - Huila
Teléfono: 8756190 - 8753619 Telefax: 8755864

Fredy S. Rojas Santos
C.C. 7725841
E.U.S.M.

PACIENTE

SIN ☐ GENERAL ☒
 LOCAL ☐ OTROS ☐

Registro Anestesia: Dr. Rivero - 1108651
 Nombre: Juan Carlos Guzmán Edad: 30 Cama: 7702144
 Fecha: 20-08-14 Entidad: Contaminación Duración:
 Cirujano(s): Dr. Jerson P. 1er. Ayudante: Dr. Asana 2do Ayudante:
 Instrumentadora: Fredy Rojas Circulante: Fern
 Intervención: Relevamiento de hueso UTS murcho

Grupo Quirúrgico () () () ()
 Total Horas: Hora de Entrada: 10:50 Hora de Salida: 13:30

CONSUMO DE MATERIALES QUIRÚRGICOS

PRODUCTO	REF.	CANT.	PRODUCTO	REF.	CANT.
ANESTÉSICOS Y AFINES					
OXIGENO		120 l/mo			
ISOFLURANO			BROLENE 2-0	SC26	1
PENTOTAL SÓDICO					
ROXICAINA SOLUCIÓN 2% SIN		1			
ROXICAINA SOLUCIÓN 2% CON					
ROXICAINA JALEA					
FENTANYL		1	VICRIL 1	CT1	1+1
SEVORANTE		100 cc			
ATROPINA					
MIDAZOLAN		1			
BUPIROP 0.5 %					
PROSTIGMINE			CATETER URETRAL		
DIAZEPAN					
QUELICIN 1cc					
ADRENALINA DETAMINE					
TRAMAL X 100 amp.					
DIPIRONA Amp. x24 v		1			
CEFAZOLINA Amp. x24 v		2	OTROS ELEMENTOS		
ELECTRODOS		3	EQUIPO VENOCISIS		
S. INY. X 500 C.C.		4	EQUIPO EXT. ANESTESIA		
S.S.N. X 100 C.C.		3+	QUICK CATH		
Diclofenaco x 75mg		1	AGUJA INSULINA		
Dexametazona x 8mg		1	JERINGA INSULINA		
Placa y 10 pñt electro		140	AGUA DESECHABLE + 10		1
Itu O + 7.5		1	SPINOCAN		
Propofol		1	BURETROL		
Fenitentina		1	LLAVE DE 3 VIAS		
SUTURAS			JERINGA DESECHABLE DE 5 C.C.		3
CATGUT SIMPLE			JERINGA DESECHABLE DE 10 C.C.		2
EFORTIL AMP.			JERINGA DESECHABLE DE 20 C.C.		
S.S.N. 4 x 100cc		1			
eq. bombax		1			
Acido turexomico		6			
CATGUT CROMADO			ISODINE SOLUCIÓN x120		2
			C.R.I.		



Clínica
UROS
PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES
NIT: 813.011.577-4

MANUAL DE REGISTROS

CODIGO: PQ -CI :3

FECHA: 01 - 06 - 2013

FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRURGICA

VERSIÓN: 00

PAGINA: 1 de 1

ENTRADA (Antes de la inducción de la anestesia)

- ☒ El paciente ha confirmado:
- Su identidad
 - El sitio quirúrgico
 - El procedimiento
 - Consentimiento informado

☐ Demarcación del sitio quirúrgico

☐ No procede

☐ Se ha completado el control de la seguridad de la anestesia

☐ Pulsioxímetro colocado y en funcionamiento

☐ Verificado instrumental / equipo quirúrgico / prótesis.
¿Tiene el paciente?

¿Alergias conocidas?

☐ No ☐ Si,

¿Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?

☐ No ☐ Si, y hay instrumental y equipo/ ayuda disponible

Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)

☐ No ☐ Si, y ha previsto la disponibilidad de acceso IV y líquidos adecuados

PAUSA QUIRURGIA (antes de la incisión cutánea)

☐ Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función

☐ Cirujano, anestesiólogo y enfermera confirman verbalmente:

- paciente
- sitio quirúrgico
- procedimiento
- posición
- sondaje

Previsión de eventos críticos

☐ El Cirujano revisa: ¿cuáles son los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista?

☐ El Anestesiólogo revisa: si el paciente presenta algún problema específico

Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?

☐ Si ☐ No procede

Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

☐ Si ☐ No procede

SALIDA (Antes de que el paciente salga del quirófano)

La enfermera confirma verbalmente con el equipo:

☐ El nombre del procedimiento realizado

☐ Los recuentos de compresas, agujas e instrumental son correctos

☐ No proceden

☐ El etiquetado de las muestras (que figure el nombre del paciente, Numero de HC, fecha)

☐ No procede

Hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos? ☐ Si ☐ No

☐ El cirujano, anestesiólogo y enfermero revisan los principales aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente

¿Necesita profilaxis tromboembólica?

☐ Si ☐ No

Cirujano

Anestesiólogo

Enfermera

Instrumentador

Nombre Paciente: *Diego Carlos Jarama*

Procedimiento: *fx humero izquierdo*

Historia Clínica: *7702144*

Fecha: *27-8-14*



Clínica
UROS
PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES
NIT: 813.011.577-4

MANUAL DE REGISTROS

FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRURGICA

CODIGO: PQ -CI -FO - 023

FECHA: 01 - 06 - 2013

VERSIÓN: 00

PAGINA: 1 de 1

ENTRADA (Antes de la inducción de la anestesia)

☐ El paciente ha confirmado:
- Su identidad
- El sitio quirúrgico
- El procedimiento
- Consentimiento informado

☐ Demarcación del sitio quirúrgico
No procede

☐ Se ha completado el control de la seguridad de la anestesia

☐ Pulsioxímetro colocado y en funcionamiento

☐ Verificado instrumental / equipo quirúrgico / prótesis.
¿Tiene el paciente?

¿Alergias conocidas?
☐ No ☐ Si,

¿Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?
☐ No ☐ Si, y hay instrumental y equipo/ ayuda disponible

Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)
☐ No ☐ Si, y ha previsto la disponibilidad de acceso IV y líquidos adecuados

PAUSA QUIRURGIA (antes de la incisión cutánea)

☐ Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función

☐ Cirujano, anestesiólogo y enfermera confirman verbalmente:
- paciente
- sitio quirúrgico
- procedimiento
- posición
- sondaje

Previsión de eventos críticos

☐ El Cirujano revisa: ¿cuáles son los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista?

☐ El Anestesiólogo revisa: si el paciente presenta algún problema específico

Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?
☐ Sí ☐ No procede

Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?
☐ Sí ☐ No procede

SALIDA (Antes de que el paciente salga del quirófano)

La enfermera confirma verbalmente con el equipo:

☐ El nombre del procedimiento realizado

☐ Los recuentos de compresas, agujas e instrumental son correctos

☐ No proceden

☐ El etiquetado de las muestras (que figure el nombre del paciente, Numero de HC, fecha)

☐ No procede

Hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos? ☐ Sí ☐ No

☐ El cirujano, anestesiólogo y enfermero revisan los principales aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente

¿Necesita profilaxis tromboembólica?
☐ Si ☐ No

Cirujano

Anestesiólogo

Enfermera

Instrumentador

Nombre Paciente:

Procedimiento:

Historia Clínica:

Fecha:

Seem Carlos J. J. M.
Fr. hemo. Ig. p. 10.
7702140
27-9-14

TERCERO : 891180008 CONFAMILIAR HUILA ARS SURSIOIA

FONTE: 7707144 GUZMAN GUARNITO JUAN CARLOS

MEDICO : DAV UROS RX CONVENCIONAL

Anexo 1 : 294144

COSTO : 10130 URGENCIAS

Anexo 2 : 294144

Ritmo 55

Orden de ss : 180-1 -1108651

Estatus: P

Tipo Ingreso 02 URGENCIAS OTROS

Red Referencia	Nombre del ítem o servicio	Código	ME	Cantidad	Ud. Unitar	total
003 ROP.LIDOCAS	LIDOCAINA 2% SIN EPINEFRINA 200711-01	H01BL01170	DAV	✓ 1.00	5,200	5,200.00
003 FRM.SEVORANE	SEVOFLURANO 250ML SUSPENSTION 200811-0	SEVORANE	DAV	✓ 100.00	2,500	250,000.00
003 HDS.GUELICIN	GUELICIN 1000 MG/10ML FRASCO 00684	GUELICIN	DAV	✓ 1.00	49,377	49,377.00
003 FNN.DIPTRONA	DIPTRONA MAGNÉSICA 2G/5ML AMPOLLA 20	H02B002670	DAV	✓ 1.00	900	900.00
003 VIT.CEFAZOLI	CEFAZOLINA 1GR AMPOLLA 200711-006184	J01DC04472	DAV	✓ 2.00	3,226	6,452.00
003 MINO.PAD X30	ELECTRODOS ADULTOS	PAD X30	DAV	✓ 1.00	366	1,098.00
003 LPT.SOLUCION	SOLUCION SALINA X 500ML 200711-000740	B05B000470	DAV	✓ 4.00	2,900	11,600.00
003 MAS.SSN X 10	SOLUCION SALINA 1000ML SOBBEROL 8420	B05X000870	DAV	✓ 3.00	5,340	16,020.00
003 VIT.DICLOFEN	DICLOFENACO SODICO 75 MG/3ML AMPOLLA	H01AD01570	DAV	✓ 1.00	584	584.00
003 DEXAMETASO	DEXAMETASONA ACETATO 8MG/2ML AMPOLLA	H02AX00571	DAV	✓ 1.00	1,613	1,613.00
003 PLACA EL	PLACA ELECTROCAUTERIO	PLACA ELEC	DAV	✓ 1.00	38,026	38,026.00
TOTAL CONSUMOS ...				118.00		380,870.00

ELABORADO POR: YULIAN 2014.08.28 13:53:15

REVISADO POR:

FECHA : 2014.08.27 06:53 NRTUA

CONSULING ORDENES (RANATO/SERV)

No. 77Y 1 3756434

(P107500)

Fecha: 2014.08.28

Page 1

TELETYPE : 8911800008 CONFIDENTIAL RUMBLE AND SHERIDAN

Figure 4c

ITE# 7702144 GUZMAN GUARNIDO JUAN CARLOS

finden die zu $\mathfrak{p}$ gehörenden Primideale $\mathfrak{p}_i$ von $\mathfrak{O}_K$ die

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. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 841.

Arxiv ID: 1904.044

totalnet: 4

COSTO : 10130 URGENCIAS

Arxiv ID : 704144

Find Insects of NORTH-EAST AFRICA

| Ref. Referencia | Nombre del ítem o servicio | Código | ME | Cantidad | Un. Unitar | Total |
|--------------------|---|-------------|-----|-----------------|--------------------|-----------------------|
| 003 CHA. REMIFENT | REMIFENTANIL 2MG/100ML AMPOLLAS-0011009 | RE-REMIFENT | DAV | 1.00 | 117,999 | 117,999.00 |
| 003 FNE. NURETHINE | NURETHAL 10MG/2ML AMPOLLAS-0010415 | NU24ND02470 | DAV | 1.00 | 1,530 | 1,530.00 |
| 003 BTO. FENTANIL | FENTANIL 0.5 MG/10ML AMPOLLAS-0010741 | NO1AF00570 | DAV | 1.00 | 2,071 | 2,071.00 |
| 003 CHA. MIDAZOLA | MIDAZOLAM 5MG/10ML AMPOLLAS-0003799 | NO1AMP02370 | DAV | 1.00 | 4,006 | 4,006.00 |
| TOTAL CONSUMOS ... | | | | 4.00 | | 125,606.00 |

EL ASESINADO POR: YULYAN

2014.08.28 13:48:52

REVISADO POR:



Clínica

UROSPARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES
NIT: 813.011.577-4**MANUAL DE REGISTROS****HOJA DE GASTOS****No. 231509**

CÓDIGO: GR-AS-FO-002

FECHA: 20/02/09

VERSIÓN: 00

PÁGINA: 1 de 1

FECHA: 28-8-2014 ENTIDAD: Com Familiar No. ADMISIÓN: 1108651

NOMBRE: Juan Carlos Guzman 2702194 HABITACIÓN No. STEIN

| CANTIDAD SOLICITADA | DETALLE | PRESENT. | ENTREGADO | PENDIENTE |
|---------------------|--------------------------------|----------|-----------|-----------|
| 1 | Placa x 7 orificios Angosta W2 | | | |
| 1 | Tornillo 4.5mm x 20 Long | | | |
| 3 | Tornillos 4.5mm x 22 Long | | | |
| 3 | Tornillos 4.5mm x 24 Long | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

NOMBRE QUIEN RECIBE: _____

FECHA ENTREGADO POR FARMACIA: _____

Jefferson Perdomo C.
Ortopedia y Traumatología
C.C. 7725.941
F.U.S.M.**MÉDICO**Carrera 6 No. 16-35 Neiva - Huila
Teléfono: 8756190 - 8753619 Telefax: 8755864Fredy Stivenzon Rojas Santos
INSTRUMENTADOR QUIRURGICO
C.C. 1045.497.369
REG. PROF. 5-0744-11**PACIENTE**



Clínica
UROS
PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES
NIT: 813.011.577-4

Cra. 6 No. 16-35 PBX: 872 5000
Neiva - Huila

SIN ☐ GENERAL ☒
LOCAL ☐ OTROS ☐

Registro Anestesia: Dr. Pineda - 1108651
Nombre: Juan Carlos Cármona Edad: 30 Cama: 7702144
Fecha: 20-08-11 Entidad: Contaminación Duración:
Cirujano (s): D. Jekson P. 1er. Ayudante: D. O. Asena 2do Ayudante:
Instrumentadora: Treedy Rojas Circulante: Fern.
Intervención: Reducción abierta de hueso OT 5 mueru

Grupo Quirúrgico () () () () ()
Total Horas: Hora de Entrada: 10:30 Hora de Salida: 13:30

CONSUMO DE MATERIALES QUIRÚRGICOS

| PRODUCTO | REF. | CANT. | PRODUCTO | REF. | CANT. |
|---------------------------|------|-----------|-------------------------------|------|-------|
| ANESTÉSICOS Y AFINES | | | | | |
| OXIGENO | | 120 l/hu. | | | |
| ISOFLURANO | | | BROLENE 2-0 | SC26 | 1 |
| PENTOTAL SÓDICO | | | | | |
| ROXICAINA SOLUCIÓN 2% SIN | | 1 | | | |
| ROXICAINA SOLUCIÓN 2% CON | | | | | |
| ROXICAINA JALEA | | | | | |
| FENTANYL | | 1 | VICRIL 1 | C-1 | 1.71 |
| SEVORANTE | | 100 cc. | | | |
| ATROPINA | | | | | |
| MIDAZOLAN | | 1. | | | |
| BUPIROP 0.5 % | | | | | |
| PROSTIGMINE | | | CATETER URETRAL | | |
| DIAZEPAN | | | | | |
| QUELICIN 1cc. | | | | | |
| ADRENALINA DETAMINE | | | | | |
| TRAMAL X 100 amp. | | | | | |
| DIPIRONA Amp. x20gr | | 1 | | | |
| CEFRADINA 1gr Amp. | | 2 | OTROS ELEMENTOS | | |
| ELECTRODOS | | 3 | EQUIPO VENOCCLISIS | | |
| S. RING X 500 C.C. | | 4 | EQUIPO EXT. ANESTESIA | | |
| S.S.N. X 100 C.C. | | 3+ | QUICK CATH | | |
| Diclofenaco 75mg | | 1 | AGUJA INSULINA | | |
| Dexametazona 4mg | | 1 | JERINGA INSULINA | | |
| Plavix 150mg elehu | | 1/10 | AGUA DESECHABLE + 10 | | 1. |
| Insulina 7.5 | | 1 | SPINOCAN | | |
| Propofol | | 1 | BURETROL | | |
| Pemitenitronyl | | 1 | LLAVE DE 3 VIAS | | |
| SUTURAS | | | JERINGA DESECHABLE DE 5 C.C. | | 3 |
| CATGUT SIMPLE | | | JERINGA DESECHABLE DE 10 C.C. | | 2 |
| EFORTIL AMP. | | | JERINGA DESECHABLE DE 20 C.C. | | |
| S.S.N. 4.7 x 100cc | | 1 | | | |
| eg. pembex xl | | 1 | | | |
| Acido tranexamico | | 6 | | | |
| CATGUT CROMADO | | | ISODINE SOLUCIÓN x120 | | 2 |
| | | | C.R.I. | | |



NOTAS DE ENFERMERIA

PAGINAS 1 de 2

No. H.CL. 7702144

Nombre y Apellido: Juan Carlos Garmon

Fecha:

Edad: 38 A Sexo: M ☒ F ☐ Pieza Max 206-3 Cama 206-3

| FECHA | HORA | | FIRMA DE ENFERMERIA |
|---------|------|---|--|
| 29-8-16 | | medico de turno pde
sa dar salida al
egreso | FABIO A. DUPELANO I
AUXILIAR DE ENFERMERIA
C.O. 5516025 - RES135 |

ESCRIBIR EL NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA IMPRENTA, ANOTAR SIEMPRE CONDICIONES DEL PACIENTE, ESTADO FISICO Y EMOCIONAL, DOLOR, ESCALOFRIO, FIEBRE, SUDOR, VOMITO, EVACUACIONES, CONDICIONES DE HERIDA, BAÑOS, LLAMADAS A LOS MEDICOS, ETC.

Carrera 6 N°. 16 - 35 PBX: 8725000 FAX: 8755864 - Neiva - Huila
Consulta Especializada Calle 16A N° 6-40 e-mail: servicioalcliente@clinicauros.com

IMPRESO POR SAN LITOGRAFIA Y COMERCIALIZADORA CEL.: 314 330 2912 TEL.: 8717107



Clínica
UROS SA
PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES
NIT: 813.011.577-4

REGISTRO ESTRICTO DE SIGNOS VITALES

HOJA No. _____

NOMBRE DEL USUARIO

Juan Carlos Garza

H. CLÍNICA:

760214

CAMA:

06

| FECHA | | | Hora | Control Signos Vitales | | | | Saturación | Glicemia | Nombre del Responsable |
|-------|-----|-----|-------|------------------------|------|------|-------|------------|----------|--|
| Día | Mes | Año | | T.A. | F.C. | F.R. | T. | SPO2 | (mg/dl) | |
| 27 | 8 | 14 | 8:20 | 120/80 | 78 | 20 | 36.5 | | | ELVIA MARIA ESCOBAR 13
AUX. ENFERMERIA
C.C. 36061200-120 |
| 27 | 8 | 14 | 10:30 | 100/60 | 70x | 20x | 36.7 | | | Carlos M. Garza
AUX. ENFERMERIA D
P. 0380-1862/2013 |
| 27 | 8 | 14 | 20h | 130/60 | 83x | 20 | 36.7 | | | 2
AUX. ENFERMERIA
C.C. 3606156.953 |
| 28 | 8 | 14 | 6h | 120/80 | 73x | 20x | 36.5 | | | Benny Rivera
Aux. Enfermeria
C.C. 36 066 407 |
| 28 | 8 | 14 | 10:50 | 109/60 | 79 | | | 99% | | |
| 28 | 8 | 14 | 11:00 | 121/67 | 78 | | | 99% | | |
| 28 | 8 | 14 | 11:10 | 111/59 | 79 | | | 98% | | |
| 28 | 8 | 14 | 11:25 | 110/66 | 80 | | | 99% | | |
| 28 | 8 | 14 | 12:00 | 123/60 | 75 | | | 99% | | |
| 28 | 8 | 14 | 12:30 | 122/57 | 75 | | | 99% | | |
| 29 | 8 | 14 | 20h | 160/70 | 78x | 20x | 36.5C | | | Maria Angélica
AUXILIAR DE ENFERMERIA
C.C. 3606156.953 |
| 29 | 8 | 14 | 06h | 120/80 | 82x | 20x | 36.4C | | | |

76



HOJA No. _____

NOMBRE DEL USUARIO _____ H. CLÍNICA: _____ CAMA: _____

[illegible]



clínica
UROS SA
Para ti sólo tenemos soluciones
TEL. 813.011.577 - 4

MANUAL DE REGISTROS

CÓDIGO: PS-EF-FO-001

FECHA: 20/02/09

VERSIÓN: 00

PAGINAS 1 de 2

NOTAS DE ENFERMERIA

No. H.CL. 3702144.

Nombre y Apellido: Juan Carlos German

Fecha: 28-08-14

Edad: 38A

Sexo: M ☒ F ☐

Pieza

Cama

| FECHA | HORA | FIRMA DE ENFERMERIA |
|----------|-------|---|
| 28-08-14 | | Humeros con fijación interna + osteotomía de humeros izquierdo. en sv. TA 110/65 - FC 74x' SK 93% sin complicación alguna. |
| 28-08-14 | 14:40 | Se trasladó al quirófano para ser operado de la herida de la pierna izquierda. Se realizó una cirugía de reparación de la herida de la pierna izquierda. Se colocó un apósito y se le indicó que continúe con su tratamiento. Se le indicó que continúe con su tratamiento. |
| 28-08-14 | 14:30 | Ingreso al servicio de cirugía con diagnóstico de fractura de humero izquierdo. Se observó con la afección al miembro superior izquierdo. En aptables con el. Se le indicó que continúe con su tratamiento. Se le indicó que continúe con su tratamiento. |
| 28-08-14 | 13 | Control de su su. Se le indicó que continúe con su tratamiento. Se le indicó que continúe con su tratamiento. |

Durley Ramírez Oviedo
Auxiliar de Enfermería
C.C. 51 729 223
Reg 1715

Carlos Marroquin
Aux. de Enfermería
Res. 0830 - 15/02/2013

Carlos Marroquin
Aux. de Enfermería
Res. 0830 - 15/02/2013

ESCRIBIR EL NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA IMPRENTA, ANOTAR SIEMPRE CONDICIONES DEL PACIENTE, ESTADO FÍSICO Y EMOCIONAL, DOLOR, ESCALOFRÍO, FIEBRE, SUDOR,

VÓMITO, EVACUACIONES, CONDICIONES DE HERIDA, BAÑOS, LLAMADAS A LOS MÉDICOS, ETC.

Carrera 6 N°. 16 - 35 PBX: 8725000 FAX: 8755864 - Neiva - Huila

Consulta Especializada Calle 16A N° 6-40 e-mail: servicioalcliente@clínicauros.com



clínica
UROS SA
Para ti sólo tenemos soluciones
NIT. 813.011.577 - 4

MANUAL DE REGISTROS

NOTAS DE ENFERMERIA

CÓDIGO: PS-EF-FO-001

FECHA: 20/02/09

VERSIÓN: 00

PAGINAS 2 de 2

FECHA

HORA

FIRMA DE ENFERMERIA

19h Puesto quirúrgico de 38 años
de edad de sexo masculino
en el servicio de
hospitalización 2do
con Dx: medula fx humero
Izquierdo, avano conciente,
aleto al llamado,
orientado, venda quirúrgica
cubierta, Pilonizar cambio,
igual manejo

Maria Angelica Gonzales R.
Auxiliar de Enfermeria
C.O.E. 1135862
Resol. 1116

20h Continúa avano en la
unidad, conciente, aleto
al llamado, acompaño
de familiar, elimo (+)
espontáneamente, foleo
tratamiento mesluo

Maria Angelica Gonzales R.
Auxiliar de Enfermeria
C.O.E. 1135862
Resol. 1116

24-8-14 700 Recebo, usuario mar-
cador de 38 años.
En el servicio de
hospitalización con
Dx, fx de humero. Izq
Concete aleto,
orientado ubicado
En los tres enferas
con fapa vendado
En sala con fto
para continuar
continúa, usuario
En la unidad con
te aleto, orienta-
do ubicado en
cubetas codece-
nes, generaler su
estables queda con
fapa vendado, usuario
validado por el.

PALEOL
C.O.E. 1135862
Resol. 1116

206-3



clínica
UROS S.A.
Para ti sólo tenemos soluciones
TEL. 813.011.577 - 4

MANUAL DE REGISTROS

CÓDIGO: PS-EF-FO-001

FECHA: 20/02/09

VERSIÓN: 00

PAGINAS 1 de 2

NOTAS DE ENFERMERIA

No. H.CL.

Nombre y Apellido: Juan Carlos Cruzman Fecha: 27-8-14Edad: 38 años Sexo: M ☒ F ☐ Pieza: max Cama: 206-3

| FECHA | HORA | FIRMA DE ENFERMERIA |
|----------|-------|---|
| | | Leu pasando SSNO.9 |
| | | x 500 cc a 80cc/h. elmo |
| | | no a esperar fuertemente. |
| | | el cx hoy 9am. |
| 08-14 | 07h | Recibo usuario de sexo masculino de 38 años de edad en el Servicio de hospitalización con dx: fx homero izquierdo, alerta d/llamado, atebni, consciente, con buen patrón respiratorio, con cco permeables pasando SSNO 097. x 500 cc a 80cc/h, con su estables p/ osteosíntesis de homero derecho |
| 28-08-14 | 08:35 | Se sube usuario a solos de x para su respectivo procedimiento, alerta d/llamado, atebni, consciente, con buen patrón respiratorio, con acceso venoso permeable, con lizado con yelco # 18, con su estables |
| 29-08-14 | 10:50 | Ingreso paciente masculino de 38 años al servicio de x # 2 para ex programada reducción abierta en homero derecho, consciente, quejumbroso, poco colaborador, con cco permeables |
| 28-08-14 | 11:00 | Con preoxi oxigenación el O ₂ por admn en sistema general |

ESCRIBIR EL NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA IMPRENTA, ANOTAR SIEMPRE CONDICIONES DEL PACIENTE, ESTADO FÍSICO Y EMOCIONAL, DOLOR, ESCALOFRIO, FIEBRE, SUDOR, VÓMITO, EVACUACIONES, CONDICIONES DE HERIDA, BAÑOS, LLAMADAS A LOS MÉDICOS, ETC.

Carrera 6 N°. 16 - 35 PBX: 8725000 FAX: 8755864 - Neiva - Huila
Consulta Especializada Calle 16A N° 6-40 e-mail: servicioalcliente@clínicauros.com



clínica
UROS
Para ti solo tenemos soluciones
NIT. 813.011.577 - 4

MANUAL DE REGISTROS

NOTAS DE ENFERMERIA

CÓDIGO: PS-EF-FO-001

FECHA: 20/02/09

VERSIÓN: 00

PAGINAS 2 de 2

| FECHA | HORA | | FIRMA DE ENFERMERIA |
|----------|-------|---|---------------------|
| | | y entuba con t-st 17.5 sin
complicaciones SVTA 121/67 mm
FC 70 bpm aq. ————— | Penner |
| 28-08-14 | 11:10 | Con todo el equipo Qx, se coloca
el paciente en posición prona
y la Dra Susana realiza lavado
en brazo izquierdo SVTA 111/54 mmHg
FC 70 bpm aq. ————— | Penner |
| 28-08-14 | 11:25 | Dado prueba erupción y anti-erupción
el Dr. Jefferson Perdomo inicia
procedimiento Qx con la Dra Susana
como ayudante, instrumenta
Frey, círculo fenn-
SVTA 110/66 mmHg FC 70 bpm aq. ————— | Penner |
| 28-08-14 | 12:00 | Continúa procedimiento
Qx sin complicaciones
SVTA 123/60 mmHg FC 75 bpm aq. ————— | Fenni. |
| 28-08-14 | 13:00 | Termina procedimiento Qx,
se inicia sutura hx Qx y luego
de cobre, con algunos vendajes | Penner |
| 28-08-14 | 13:15 | Se extuba paciente se aspiran
secreciones en posición supina, | |
| 28-08-14 | 13:20 | Se pasa usuario a recuperación
bajo efectos residuales de anestesia
general, con hiperreflexias, con
hx Qx cubierta aposito, Fixomull
cobestillo; con nut completa
Corripeta del 2º piso completa
haga Qx, gomas rector, anexo,
pl-torne Rx control p/ control
mar 70 ————— | Penner |
| 28-08-14 | 13:20 | Ingrece usuario a sala de recuperación
Sexo masculino edad 38 años de edad
con Jev SSN 09% x 100% bajo efectos de
anestesia general se pos- apertura de la
abierta de fracción de diáfragma de. | |

Dr. J. Ramírez Ouedo
C. C. Reg.
51 729 223
4745

2063



clínica
UROS SA
Para ti sólo tenemos soluciones
NIT. 813.011.577 - 4

MANUAL DE REGISTROS

CÓDIGO: PS-EF-FO-001

FECHA: 20/02/09

VERSIÓN: 00

PAGINAS 1 de 2

NOTAS DE ENFERMERIA

No. H.CL.

Nombre y Apellido: Juan Carlos Garmen

Fecha:

27/8/14.

Edad:

38

Sexo:

M

☒

F

☐

Pieza:

C1F

Cama:

026

| FECHA | HORA | FIRMA DE ENFERMERIA |
|---------|------|---|
| 27/8/14 | 7:00 | pt llega a la sala para cirugía. Se anota con G=18 con un recibo con SSN 4500 pt se le da sales de cirugía con 50 fl oz en compota, se anota con G=18 se da p comere recibo con un triángulo de color verde y aceptados los valores de brodo. Se aplican los sondos de drenaje de adentro, con signos de vida y se da la hora de ingreso (9) CSU-AK y con el nombre de la paciente. Y CX. |
| 27/8/14 | 8:00 | Paciente en unidad de observación de post operatorio afectado. Se anota con los datos de salud sin otras alteraciones a excepción de la frecuencia de pulso 120. Se encuentra en espera de procedimiento de cirugía para ser trasladado al Bloque de Cirugía. Se anota con el nombre de la paciente. |
| 27/8/14 | 9:00 | Se anota para la sala de CX en la unidad de frecuencia alterada. |

27/8/14 8:00
AUXILIAR DE ENFERMERIA
G.C. 1075133640
Resol. 392

ELVA MARIA ESCOBAR II
AUX. ENFERMERIA
G.C. 55002339 - COD. 125
ECSALUD

ELVA MARIA ESCOBAR II
AUX. ENFERMERIA
G.C. 55002339 - COD. 125
ECSALUD

ESCRIBIR EL NOMBRE DEL PACIENTE EN LA IMPRENTA, ANOTAR SIEMPRE CONDICIONES DEL PACIENTE, ESTADO FISICO Y EMOCIONAL, DOLOR, ESCALOFRIOS, FIEBRE, SUDOR, VÓMITO, EVACUACIONES, CONDICIONES DE HERIDA, BAÑOS, LLAMADAS A LOS MEDICOS, ETC.

Carrera 6 N° 16 - 35 PBX: 8725000 FAX: 8755864 - Neiva - Huila
Consulta Especializada Calle 16A N° 6-40 e-mail: servicioalcliente@clínicauros.com



clínica
UROS SA
Para ti solo tenemos soluciones.
NIT. 813.011.577 - 4

MANUAL DE REGISTROS

CÓDIGO: PS-EF-FO-001

FECHA: 20/02/09

VERSIÓN: 00

PAGINAS 2 de 2

NOTAS DE ENFERMERIA

| FECHA | HORA | FIRMA DE ENFERMERIA |
|----------|-------|---|
| 27-8-14 | 18+35 | usario. el cual es cancelado
la ex y se decide dar
paseo en 2º piso. se
busca en camillas
correcte, alerta, tranquilo
en compañía del con
señalar HCl con
consejo de la boleta
+ CD del Paete. <i>Primer</i> |
| 27-08-14 | 18+40 | Ingresos y queda una
rio masculino de 38 años
de edad con diagnó
tico medio. Fuente
de Humero izquierdo
procedente de sala de li
egia u hospitalización
segundo piso. Frazgo
abierta al llamado con
puñado por su familia.
pendiente la muestra |
| 27-8-14 | 19h | Reubo curso de
Sexo Masculino de
38 años de edad
en la unidad del
2º piso con Dx: FX
de Humero Izquierdo.
Usario con lfe
pasando SSNO9 x 500cc
a 50cc/h. con
sin patrón respirato
rio pl ex mañana |
| 28-8-14 | 6h | continua usario en
la unidad con igual
manejo. No presenta
molestia alguna reubo
y feto. fto medeo
ordenado. usario con |

Carlos Miramontes
Aux. de Enfermería
Paseo 15/02/2019

Maria Poliquuez
Aux. de Enfermería
Paseo 15/02/2019



CÓDIGO: PS-EF-FO-004

FECHA: 20-02-09

| | |
|----------|----|
| VERSIÓN: | 00 |
|----------|----|

PÁGINAS: 1 de 2

HOJA DE MEDICAMENTOS E INFUSIONES HOSPITALARIAS

IDENTIFICACIÓN 7.702.144

Guzman

1er. Apellido

Guarnizo

2do. Apellido

Juan Carlos

Nombres

No. de Admisión

110865

EDAD

SEXO

384

M ☐ F ☐

Servicio

Seguridad Social

REGISTRO DE MEDICAMENTOS

| MEDICAMENTOS | | REGISTRO DE MEDICAMENTOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | OBSERVACIONES |
|-------------------------------------|-------------|---|----|----|----------|---|----|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|---------------|
| | | 27-8-14 | | | 28-08-14 | | | 29-8-14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | M | T | N | M | T | N | M | T | N | M | T | N | M | T | N | M | T | N | M | T | N | M | T | N | | | | |
| Dipirone 1gr | 11 c/6h. | | 16 | 20 | 08 | | 20 | 08 | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 02 | | | 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ranitidino 50mg | 10 c/8h. | | | 24 | 08 | | 24 | 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tramadol x | 50mg 1vc/8h | | | | 8 | | 24 | 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cephalotina | 1gr. 1vc/6h | | | 22 | 10 | | 22 | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 04 | | | 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE | | <div><div><p>Gloria Rodriguez
AUX. DE ENFERMERIA
C.C. 36.066.407</p></div><div><p>Yenny Ramirez
Aux. Enfermeria
C.C. 36.066.407</p></div><div><p>Angellina Gonzalez
AUX. DE ENFERMERIA
C.C. 100.115.082</p></div><div><p>Yenny Ramirez
AUX. DE ENFERMERIA
C.C. 36.066.407</p></div></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**NOMBRES Y APELLIDOS
DEL RESPONSABLE**



CÓDIGO: PS-EF-FO-004

FECHA: 20-02-09

VERSIÓN: 00

PÁGINAS: 2 de 2

HOJA DE MEDICAMENTOS E INFUSIONES HOSPITALARIOS

REGISTRO DE INFUSIONES E INSUMOS

[illegible][illegible]



HOJA DE MEDICAMENTOS E INFUSIONES HOSPITALARIOS

PAGINAS 1 de 2

IDENTIFICACIÓN

| | | | | |
|------------------------|--|-------------------------|-------------------------|------------------------|
| Primer Apellido | | Segundo Apellido | Nombres | No. de Admisión |
| Gutierrez | | Carrero | Juan Carlos | |
| EDAD | SEXO | SERVICIO | SEGURIDAD SOCIAL | |
| 58 | F ☐ M ☒ | Cx | C-17- | |

REGISTRO DE MEDICAMENTOS

[illegible]



HOJA DE MEDICAMENTOS E INFUSIONES HOSPITALARIOS

PAGINAS 1 de 2

| | | | | | | | |
|---------------|--|---------------|--|-------------|--|----------------------------|--|
| Carrman | | Carrman | | Juan Carlos | | No. de Admisión
1108651 | |
| 1er. Apellido | | 2do. Apellido | | Nombres | | | |
| EDAD
38 | SEXO
F ☐ M ☒ | Cx | | Carrman | | SEGURIDAD SOCIAL | |
| | | SERVICIO | | | | | |

| MEDICAMENTOS | | REGISTRO DE MEDICAMENTOS | | | | | | | | | | | | OBSERVACIONES | | | |
|-------------------------------------|-------|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------|---|---|----------|
| | | M | T | N | M | T | N | M | T | N | M | T | N | M | T | N | |
| Cefazolin 1g | 11:00 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2gr | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dipirona 2gr | 11:20 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dexametazona 8mg | 11:10 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Disclorfen 30mg | 11:40 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Morfina 3mg | | | | | | | | | | | | | | | | | includo. |
| Qeltran 1u | 11:00 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Propofol 12u | 11:00 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fentanyl 3u | 11:00 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Midazolam 1u | 11:00 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jes | | | | | | | | | | | | | | | | | |

HOJA DE MEDICAMENTOS E INFUSIONES HOSPITALARIOS

REGISTRO DE INFUSIONES E INSUMOS

| FECHA | | REGISTRO DE INFUSIONES E INSUMOS | | | | | | | | OBSERVACIONES |
|--|--------|----------------------------------|----------|--|--|--|--|--|--|---------------|
| Solución | Mezcla | Goteo | 28-08-14 | | | | | | | |
| | | | M | T | N | M | T | N | M | T | N | M | T | N | M | T | N | M | T | N | M | T | N | | | | | | | |
| SS NO. 4/4x100u | | | 10:50 | | | | | | | |
| | | | 11:20 | | | | | | | |
| | | | 11:45 | | | | | | | |
| | | | 12:45 | | | | | | | |
| Permiteronyl 1 compo 11:00
en SS NO. 4/4x100u | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE | | | Jaw | | | | | | | |

| FECHA | INSUMO | CANTIDAD | ACTIVIDAD | RESPONSABLE |
|----------|-----------------------------------|----------|-----------|-------------|
| 20-02-14 | electrodos- SS NO. 4/4x1000u | 340 | Copia | Jaw |
| | Placa y lapiz electro- T.O + #7-5 | 140. | | |
| | Aguja #18- AB 120 - eq. bomba XL | 140 | | |
| | Jx 511 x 100 | 340 | | |
| | guantes 042, 7, 7 1/2, 8 | 2-4-1-4. | | |
| | vendaje elástico 6x5 | 2 | | |



GISTROS

FECHA: 21

PAGINAS 1 de 2

DOS
 E
 1073592
 C.C. 1073592
 Resultado



clínica
UROS SA
Para ti sólo tenemos soluciones
TEL. 013.011.577 - 4

MANUAL DE REGISTROS

CÓDIGO: PH-HP-FO-008

FECHA: 20-02-09

VERSIÓN: 00

PAGINAS 1 de 2

EVOLUCIÓN Y ÓRDENES MÉDICAS

IDENTIFICACIÓN

No. ADMISIÓN HC

Juan Carlos Guzman

1er. Apellido

2do. Apellido

Nombres

EDAD

SEXO

F

M

No. CAMA

SERVICIO

SEGURIDAD SOCIAL

ORDENAMIENTO

Toda nota debe contener la fecha, hora, firma y código del profesional

FECHA

HORA

EVOLUCIÓN

ÓRDENES

28 08 14

Nota Operatorio

Dx Preop fx diafisaria de humero
129 uesdo

Dx Postop IDEM
procedimiento osteosintesis de
humero 129 uesdo con placa
cirujano: Dr. Perdomo
Sufrendo: 500 g

- Plm - Trasladar a piso ✓
- H. Ringero 100cc/h ✓
- Dipiramo 2g IV c/6h ✓
- Tramadol 5mg IV q 8h ✓
- Cefalotina 1g IV c/6h ✓
- Rx humero 129 ✓
- Salida mm ✓

Jefferson Perdomo C.
Ortopedia y Traumatología
C.C. 7725941
F.U.S.M.

Margarita Tobías B.
Enfermería
R.U. 199083
C.C. 105127375

Margarita Tobías B.
Enfermería
R.U. 199083
C.C. 105127375



clínica
UroSsa
Para ti sólo tenemos soluciones
MT. 813.811.577 - 4

MANUAL DE REGISTROS

CÓDIGO: PH-HP-FO-008

FECHA: 20-02-09

VERSIÓN: 00

PAGINAS 1 de 2

EVOLUCIÓN Y ÓRDENES MÉDICAS

ORDENAMIENTO

Toda nota debe contener la fecha, hora, firma y código del profesional

FECHA

HORA

EVOLUCIÓN

ÓRDENES

29-08-14

Dr. López

Placenta 38 mm

1/2 suprapúbica

1/2 infraumbilical

8/10 de la cabeza

1/2 de la cara

1/2 de la espalda

1/2 de la pelvis

1/2 de la cadera

1/2 de la pierna

1/2 de la mano

1/2 de la muñeca

1/2 de la cabeza

1) Solub

2) Anest

3) Anest

Carlos Miguel Gómez Peña
C.O. 16364
C.C. 16364

clínica
UROSCLÍNICA UROS
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
EVOLUCIÓN Y ÓRDENES MÉDICAS
INGRESO A PISO

| | | | | |
|-----------------|-------|------------------|----------|------------------|
| GUZMAN | | GUARNIZO | | JUAN CARLOS |
| PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | | NOMBRE |
| 38 AÑOS | 206-3 | 1108651 | 27/08/14 | 7702144 |
| EDAD | CAMA | ADMISION | INGRESO | HISTORIA CLÍNICA |
| | | COMFAMILIAR | | |
| | | ENTIDAD | | |

| | | |
|--|-------------|--|
| FECHA: 27/08/14 | HORA: 23+30 | ORDENES MEDICAS |
| <p>INGRESO A PISO PACIENTE MASCULINO DE 38 AÑOS
PROCEDENTE DE SALAS DE CIRUGIA</p> <p>RESUMEN DE HISTORIA CLINICA: PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 9 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA CON POSTERIOR TRAUMA CONTUNDENTE A NIVEL DE BRAZO IZQUIERDO, CON POSTERIOR DOLOR, DEFORMIDAD Y LIMITACION PARA MOVIMIENTOS DE DICHA EXTREMIDAD; CONSULTO PREVIAMENTE SIENDO VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN CONSIDERO FRACTURA DE HUMERO POR LO QUE INMOVILIZA CON FERULA DE YESO Y DA EGRESO PARA PROGRAMAR CIRUGIA AMBULATORIA. INGRESA HOY PROGRAMADO PARA CIRUGIA.</p> <p>ANTECEDENTES:
PATOLOGICO: NIEGA.
QX: NIEGA.
ALERGICO: NIEGA.
TOXICO: NIEGA.
FARMACOLOGICOS: NIEGA.</p> <p>SUBJETIVO:
PACIENTE REFIERE SENTIRSE UN BIEN, SIN DOLOR, SIN FIEBRE, SIN EMESIS, TOLERANDO LA DIETA.</p> <p>EXAMEN FISICO:
PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, AFEBRIL. CON SIGNOS VITALES TA: 120/80 MMHG, FC 70 LPM, FR 18 RPM, T: 36.8°C, SO2 98%.
C/C: MUCOSAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS.
C/P: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES SIN SOBREGREGADOS.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS NI MEGALIAS.
EXTREMIDADES: SIN EDEMAS, PULSOS PALPABLES, MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO POR FERULA DE YESO POSTERIOR.
NEUROLOGICO: ALERTA, GLASGOW 15/15, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.</p> <p>DIAGNOSTICOS:
1. FRACTURA DE HUMERO IZQUIERDO.</p> <p>ANÁLISIS: INGRESA A PISO PACIENTE DE 38 AÑOS, CON FRACTURA DE HUMERO IZQUIERDO, QUIEN ES LLEVADO A CIRUGIA PARA REALIZACION DE OSTEOSINTESIS DE HUMERO, PERO POR INCONVENIENTES DE FUERZA MAYOR NO SE REALIZA PROCEDIMIENTO, SE TRASLADA A PISO. ACTUALMENTE PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIRS, CON DOLOR CONTROLADO, EVOLUCION CLINICA ESTACIONARIA.</p> <p>PLAN:
CONTINUAR IGUALES ORDENES MÉDICAS.
MANEJO POR ORTOPEDIA.
PENDIENTE OSTEOSINTESIS DE HUMERO IZQUIERDO.</p> | | <ol style="list-style-type: none">1. NADA VIA ORAL.2. SSN PASAR A 80CC HORA.3. DIPIRONA 1G IV CADA 6 HORAS.4. RANITIDINA 50MG IV CADA 8 HORAS.5. PENDIENTE OSTEOSINTESIS DE HUMERO DERECHO CON PLACA DCP MAÑANA.6. CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS.7. SUSPENDER RESTO DE ORDENES ACA NO DESCRITAS. <p><i>Juan Pablo Camacho</i>
MEDICO - USCO
C. C. 1075229.325</p> |

Juan Pablo Camacho
MEDICO - USCO
C. C. 1075229.325



clínica
UROS SA
Para ti sólo tenemos soluciones
MT. 813.011.577 - 4

HOJAS

INDICADORES INSTRUMENTALES

EN QUIRÓFANO

NOMBRE EL PACIENTE Juan Carlos Guzman C.C. 2702144
ADMISIÓN 110865 ENTIDAD CIF INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO Fredy Santos
PROCEDIMIENTO QX Osteosíntesis de Húmero
FECHA 28-8-2014

INDICADORES

ET 4, 5 STERIL 25/08/14
20/09/14
E.C. HAVO 26/08/14
Bonnie
PARQUETE COMPLETO 27-08-14
11-09-14 E.C.H.
SET 4, 5 STERIL 25/08/14
20/09/14

OBSERVACIONES:

26



Clinica
UROS
Para ti sólo tenemos soluciones
NIT: 813.011.577-4

MANUAL DE REGISTROS

CÓDIGO: PQ-CI-FO-028

FECHA: 16-12-2013

VERSIÓN: 00

PAGINAS: 1 de 1

RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS

RECOMENDACIONES GENERALES

1. Si siente deseos de toser, estornudar o vomitar, coloque sus manos o una almohada sobre la herida y sostenga con firmeza para evitar el dolor.
2. Los primeros días, para levantarse de la cama, acuéstese de lado, siéntese lentamente, así evitará dolor y mareos.
3. Se puede bañar normalmente, puede mojar el micropore que cubre la herida. Recuerde secar bien con una toalla limpia.
4. Camine ya que mejora la respiración, previene infección de la herida, permite una rápida y adecuada cicatrización, disminuye el dolor, evita cólicos, además ayuda a movilizar adecuadamente los intestinos.
5. Si le realizaron laparoscopia y presenta dolor en el hombro más de un día, debe consultar al servicio de urgencias.

HERIDA QUIRURGICA:

1. No aplique cremas, isodine, jabón REY, alcohol, agua oxigenada, ni remedios caseros en la herida quirúrgica ya que se podría infectar o irritar.
2. No se retire los puntos de herida, esto lo debe hacer en un centro de salud cercano o en la cita de control 8 días después de su cirugía.

PRESENTA ALGUNO DE ESTOS SIGNOS DIRIJASE AL SERVICIO DE URGENCIAS DE ESTA CLINICA:

1. Fiebre
2. Dolor de cabeza que no cede a los analgésicos
3. Náuseas y vómito continuo
4. Palidez, sudoración y piel fría
5. Herida quirúrgica caliente, enrojecida y con dolor
6. Herida quirúrgica con salida de pus
7. Sangrado abundante por la herida
8. Abdomen globoso o aumentado
9. Dolor en las pantorrillas
10. Dolor intenso que no cede con los medicamentos

TENGA EN CUENTA:

Si la cirugía fue vaginal:

1. Sangrado abundante por la vagina
2. Ardor y dolor para orinar
3. Flujo vaginal de mal olor

TENGA PRESENTE:

1. Tomar correctamente los medicamentos que le formulo el médico
2. Una adecuada recuperación depende del cumplimiento de las recomendaciones dadas

...MA PACIENTE:

C.C.

7702144

FIRMA ACUDIENTE:

C.C.

78



Clínica
UROS SA
Para ti sólo tenemos soluciones
NIT: 813.011.577-4

MANUAL DE REGISTROS

CÓDIGO: PQ-CI-FO-028

FECHA: 16-12-2013

VERSIÓN: 00

PAGINAS: 1 de 1

RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS

RECOMENDACIONES GENERALES

1. Si siente deseos de toser, estornudar o vomitar, coloque sus manos o una almohada sobre la herida y sostenga con firmeza para evitar el dolor.
2. Los primeros días, para levantarse de la cama, acuéstese de lado, siéntese lentamente, así evitará dolor y mareos.
3. Se puede bañar normalmente, puede mojar el micropore que cubre la herida. Recuerde secar bien con una toalla limpia.
4. Camine ya que mejora la respiración, previene infección de la herida, permite una rápida y adecuada cicatrización, disminuye el dolor, evita cólicos, además ayuda a movilizar adecuadamente los intestinos.
5. Si le realizaron laparoscopia y presenta dolor en el hombro más de un día, debe consultar al servicio de urgencias.

HERIDA QUIRÚRGICA:

1. No aplique cremas, isodine, jabón REY, alcohol, agua oxigenada, ni remedios caseros en la herida quirúrgica ya que se podría infectar o irritar.
2. No se retire los puntos de herida, esto lo debe hacer en un centro de salud cercano o en la cita de control 8 días después de su cirugía.

PRESENTA ALGUNO DE ESTOS SIGNOS DIRIJASE AL SERVICIO DE URGENCIAS DE ESTA CLINICA:

1. Fiebre
2. Dolor de cabeza que no cede a los analgésicos
3. Náuseas y vómito continuo
4. Palidez, sudoración y piel fría
5. Herida quirúrgica caliente, enrojecida y con dolor
6. Herida quirúrgica con salida de pus
7. Sangrado abundante por la herida
8. Abdomen globoso o aumentado
9. Dolor en las pantorrillas
10. Dolor intenso que no cede con los medicamentos

TENGA EN CUENTA:

Si la cirugía fue vaginal:

1. Sangrado abundante por la vagina
2. Ardor y dolor para orinar
3. Flujo vaginal de mal olor

TENGA PRESENTE:

1. Tomar correctamente los medicamentos que le formulo el médico
2. Una adecuada recuperación depende del cumplimiento de las recomendaciones dadas

FIRMA PACIENTE: _____

C.C. _____

FIRMA ACUDIENTE: _____

C.C. _____



clínica
UROS S.A.
Para ti sólo tenemos soluciones
NIT. 813.011.577 - 4

MANUAL DE REGISTROS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS

CÓDIGO: PQ-CI-FO-029

FECHA: 11-02-2013

VERSIÓN: 00

PAGINAS 1 de 1

Fecha: 28/02/2014

1.- Yo Jorn Carlos Geron C.C. No. 7 7021411 de NEVO por la presente autorizo al Dr. (a) _____ o anestesiólogo de turno y los asistentes de su elección.

En la Clínica Uros S.A. para realizar en mi o el (la) paciente _____ el procedimiento anestésico adecuado para llevar a cabo la siguiente CIRUGÍA _____.

2.- Hago constar que se me ha explicado la naturaleza y propósito del acto anestésico. También se me ha informado las ventajas y desventajas, molestias, complicaciones y riesgos que puedan producirse, así como las posibles alternativas de los diferentes métodos anestésicos. Además se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.

Entiendo que durante el curso de los procedimientos se puedan presentar situaciones críticas que puedan requerir procedimientos adicionales, si el médico anestesiólogo o asistentes lo consideren necesario. Se me ha informado que estas situaciones críticas y procedimientos de reanimación pueden llevar a delicados estados de salud que puede dejar lesiones temporales o permanentes de el grado leve incluyendo la muerte, y que la muerte natural también puede ocurrir antes, después o durante la anestesia.

4.- SI _____ NO _____ AUTORIZO LA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS, SI ES NECESARIO.

5.- Se me ha presentado una lista de complicaciones y dificultades que se presentan con frecuencia durante los procedimientos anestésicos. Los actos anestésicos no son de resultados sino de medios (leer lista de complicaciones).

Certifico que he leído y me han explicado lo anterior y que los espacios en blanco han sido llenados antes de firmar o colocar mi huella digital, se me ha explicado que esto es una información previa a la autorización del procedimiento anestésico y no una forma de evadir responsabilidades durante la anestesia y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre consentimiento para llevar a cabo el procedimiento anestésico que requiero para mi intervención quirúrgica o procedimiento.

LISTA DE COMPLICACIONES GENERALES QUE SE PUEDEN PRESENTAR CON ANESTESIA GENERAL Y/O REGIONAL

Nauseas, vomito, trastornos respiratorios que requieren cuidados intensivos o especiales, trastornos del corazón o circulación que requieren cuidados intensivos o especiales para limitar el daño que pueda ocasionar, cambios en la presión arterial (Hipertensión o Hipotensión) que requieren atención especial, aspiración del líquido gastrointestinal a los pulmones, laceración de los vasos sanguíneos o punción del pulmón durante colocación de catéteres venosos centrales, sangrado durante que requiera transfusión sanguínea, alergias o reacciones de incompatibilidad a transfusiones de componentes sanguíneos o medicamentos, tromboembolia pulmonar o de otros, daños de nervios por posiciones quirúrgicas, necrosis en piel por filtración de medicamentos o líquidos, infarto, muerte.

COMPLICACIONES ANESTESIA REGIONAL

Cefalea post-punción raquídea y peridural, daño de nervios por punción anestésica, anestesia regional fallida, daño medular, dolor de espalda.

COMPLICACIÓN ANESTESIA GENERAL

Lesiones de dientes, laringe, traquea, esófago y tejidos adyacentes durante la intubación traqueal, lesiones de cornea, laringoespasma, broncoespasmos, edema pulmonar de presión negativa, intubación difícil, realización de traqueostomía y cricotiroideotomía de urgencia, muerte cerebral, soporte ventilatorio post-anestesia, instalación de demencia senil o trastornos de la conciencia temporal o permanente, convulsiones, dolor de garganta, otras.

Firma del Paciente
C. 1

Firma Anestesiólogo de Consulta

Carlos A. Rivera Quiroga
Anestesiólogo y Reanimador
C.C. 7.725.352
M.D. 10000

30



IDENTIFICACIÓN

No. ADMISIÓN:

Guzmar.

1er. Apellido

2do. Apellido

por cables

Nombres

EDAD

SEXO

98

F

026.

Nº CAMA

C11F

SERVICIO

ENTIDAD

FECHA

HORA

AYUDAS DIAGNOSTICAS Y/O PROCEDIMIENTOS

FECHA DE REALIZACIÓN

FECHA DE
REPORTE

OBSERVACIONES

| | | |
|-----|-----|-----|
| DÍA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|

MES ANO

ANÇ

HORA

Orthopedics

22/8/14

728144

2



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
SOLICITUD DE ATENCION DE SERVICIO DE SALUD

Numero de Informe: 20684 Fecha: 14.08.22 Hora: 17:38

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: CLINICA UROS S.A Nit: 813011577 - 4
Codigo Habilitacion: 410010057201 Direccion: CARRERA 6 No. 16-35
Telefono: 8725400 Municipio: NEIVA Departamento: HUILA

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR) COMFAMILIAR HUILA ARS SUBSIDIADO Codigo: CCF024

DATOS DEL USUARIO (COMO APARECE EN LA BASE DE DATOS)

GUZMAN GUARNIZO JUAN CARLOS Tipo Doc: ☒ CC ☐ CE ☐ PA ☐ PE ☐ PO ☐ PU ☐ OT
1er.Apellido 2do.Apellido 1er.Nombre 2do.Nombre
No. Identificacion: 7702144 Fecha de Nacimiento: 76.06.09
Direccion de Residencia Habitual: CR 28 NO 8SUR-22 Telefono: 8708910
Departamento: HUILA Municipio: NEIVA
Cobertura en Salud: ☐ Regimen Contributivo ☐ Regimen Subsidiado - Parcial ☐ Poblacion Pobre ☐ Plan Adicional de Salud
☒ Regimen Subsidiado - Total ☐ Poblacion Pobre no Asegurada sin Sisben ☐ Desplazado ☐ Otro

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen: ENFERMEDAD GENERAL Tipo de Servicio Solicitado: POSTERIOR A LA ATENCION Prioridad: PRIORITARIA

Ubicacion del Paciente al Momento de la Solicitud

☐ Consulta Externa ☒ Hospitalizacion Servicio: OBSERVACION Cama: 3
☐ Urgencias

anexo Integral Segun Guia: ORTOPEDIA

PROCEDIMIENTOS

| CODIGO | DESCRIPCION | CANTIDAD |
|--------|--|----------|
| 793201 | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SUBCAPITAL DE H+MERO CON | 1.00 |

Justificacion Clinica

PACIENTE DE 38 AÑOS DE EDAD REMITIDO DE CON CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA SOBRE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON POSTERIOR DOLOR INTENSO, DEFORMIDAD Y LIMITACION FUNCIONAL EN TERCIO SUPERIOR DE BRAZO IZQUIERDO. TA:100/70 FC:85 FR:18 ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION RITONEAL SIN MASAS SIN MEGALIAS.
ES VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN DECIDE REALIZAR PROCESAMIENTO QUIRURGICO.

Diagnostico Principal: S429 / FRACTURA DEL HOMBRO Y DEL BRAZO. PARTE NO ESPECIFICADA

Diagnostico Relacionado 1: S430 / LUXACION DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO

Diagnostico Relacionado 2: 2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de Quien Reporta: STEPHANIA RAMIREZ Telefono:
Cargo o Actividad: AUX AUTORIZACIONES Telefono Celular:

31

| Marca | Referencia | Present. | Nombre Producto | Total.Cant | Vr.unitario | Vr.total |
|-------------------------------|-----------------|----------|---------------------------------|------------|-------------|----------|
| >> ORDEN DE SS: 1 180 1108651 | | | | | | |
| BIO | DIPIRONA | AMPO | DIPIRONA 1G/2ML AMPOLLAS | 1 | 600 | 600 |
| LPI | SOLUCIONSAL | BOLS | SOLUCION SALINA X 500ML | 1 | 2,900 | 2,900 |
| MMQ | CATETER 18 11/4 | | CATETER INTRAVENOSO 18 | 1 | 1,950 | 1,950 |
| MMQ | EXTENSION | | EXTENSION PARA ANESTESIA ADULTO | 1 | 7,000 | 7,000 |
| MMQ | JERINGA 10CC | | JERINGA 10CC | 1 | 252 | 252 |
| MMQ | LLAVE 3VIAS | | LLAVE 3 VIAS | 1 | 1,020 | 1,020 |
| MMQ | MACRO | UNID | EQUIPO MACROGOTE | 1 | 2,262 | 2,262 |
| TOTAL DOCUMENTO 1 180 1108651 | | | | 7 | 15,984 | 15,984 |

230814
ENFERMERO PROFESIONAL
RUP. 1085 / USCO

CLINICA UROS

NIT. 813011577-4

LABORATORIO CLINICO

Página N° : 1 De 3

No. de Orden : 826155
 Paciente : ANACONA OME BENJAMIN
 Identificación : 12166022
 Convenio : ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA
 Servicio : OBSERVACION

Edad : 62 Años
 Fec. Ingreso : 26/08/2014 21:21
 Fec. Impresión : 27/08/2014 07:19

| Prueba | Resultado | Unidad | Valor de Referencia |
|--------|-----------|--------|---------------------|
|--------|-----------|--------|---------------------|

Hematología

Hemograma

| | | | |
|-------------------|-------|---------------------|---------------|
| GLOBULOS BLANCOS. | 7.18 | 10 ⁹ /L | 4.00 - 10.00 |
| NEU#. | 4.60 | 10 ⁹ /L | 2.50 - 75.00 |
| LYM#. | 2.03 | 10 ⁹ /L | 0.80 - 4.80 |
| MON#. | 0.32 | 10 ⁹ /L | 0.12 - 1.80 |
| EOS#. | 0.20 | 10 ⁹ /L | 0.02 - 0.80 |
| JAS#. | 0.03 | 10 ⁹ /L | 0.00 - 0.10 |
| NEU%. | 64.0 | % | 50.0 - 70.0 |
| LYM%. | 28.3 | % | 20.0 - 40.0 |
| MON%. | 4.5 | % | 3.0 - 12.0 |
| EOS%. | 2.8 | % | 0.5 - 5.0 |
| BAS%. | 0.4 | % | 0.0 - 1.0 |
| GLOBULOS ROJOS. | 4.63 | 10 ¹² /L | 3.50 - 5.50 |
| HEMOGLOBINA | 14.9 | g/dL | 11.0 - 16.0 |
| HEMATOCRITO. | 42.2 | % | 37.0 - 54.0 |
| MCV. | 91.2 | fL | 80.0 - 100.0 |
| MCH. | 32.2 | pg | 27.0 - 34.0 |
| MCHC. | 35.3 | g/dL | 32.0 - 36.0 |
| RDW-CV. | 12.2 | % | 11.0 - 16.0 |
| RDW-SD. | 47.3 | fL | 35.0 - 56.0 |
| LAQUETAS. | 277 | 10 ⁹ /L | 150 - 450 |
| IPV. | 8.3 | fL | 6.5 - 12.0 |
| PDW. | 16.0 | | 9.0 - 17.0 |
| PTC. | 0.230 | % | 0.108 - 0.282 |

Bacteriología (o) :

ELIAS JESUS CUSSA GOENAGA
 BACTERIOLOGO
 F.U.M
 REG. 1125

Química

Bun

| | | | |
|---------------------|------|-------|-------------|
| Nitrógeno uréico | 16.0 | mg/dL | 6.0 - 22.0 |
| Creatinina en suero | 1.06 | mg/dL | 0.70 - 1.30 |

83

| | | |
|--|--|----------------------|
|  <p>PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES</p> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | CODIGO: PA-UR-FO-007 |
| | LISTA DE CHEQUEO PARA
TRASLADO DE PACIENTES A
HOSPITALIZACION DESDE
URGENCIAS | FECHA: 02-11-2012 |
| | | VERSION: 00 |
| | | PAGINA: 1 de 1 |

NOMBRE PACIENTE:

IDENTIFICACION:

CAMA ASIGNADA:

FECHA TRASLADO HOSPITALIZACION:

| ITEMS A EVALUAR | SI | NO | N/A |
|---|----|----|-----|
| DIO A CONOCER EL DECALOGO DE DEBERES Y DERECHOS (INFORMACION PARA PACIENTE) | / | | |
| CARMACO ANEXO | / | | |
| HISTORIA AUDITADA | / | | |
| DEVOLUTIVOS REALIZADOS (COLILLA O FACTURA DEL DEVOLUTIVO) | / | | |
| NOTAS DE ENFERMERIA CERRADAS | / | | |
| EVOLUCIONES MEDICAS HASTA LA FECHA EN QUE SUBE EL USUARIO | / | | |
| VALORACIONES MEDICAS REALIZADAS | / | | |
| MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS | / | | |
| SERVICIOS O PROCEDIMIENTOS CARGADOS | / | | |
| ANEXOS REALIZADOS (REPORTES, AUTORIZACIONES) | / | | |
| NO POS REALIZADOS | / | | |
| MEDICAMENTOS CON EL USUARIO | / | | |
| VENOPUNCION FUNCIONANDO Y DEBIDAMENTE MARCADA CON FECHA, HORA, NOMBRE DEL AUXILIAR Y NUMERO DE CATETER | / | | |
| ORDENES MEDICAS GESTIONADAS | / | | |
| LABORATORIOS TOMADOS | / | | |
| IMÁGENES DIAGNOSTICAS TOMADAS | / | | |
| CD ANEXO A LA HISTORIA CLINICA MARCADO CON NOMBRE DEL USUARIO, NOMBRE DEL EXAMEN REALIZADO Y FECHA DE REALIZACION | / | / | |
| REPORTES DE LABORATORIO EN LA HISTORIA | / | | |
| ASIGNACION DE CAMA EN EL GEMA | / | / | |
| QUE EL USUARIO TENGA LA MANILLA CORRESPONDIENTE CON EL NUMERO DE ADMISION | / | / | |
| ALERTAS DE SEGURIDAD ANEXAS | / | / | |
| FICHAS EPIDEMIOLOGICAS ANEXAS | / | / | |


INFERMERO PROFESIONAL
 Num. 1085 / USCO

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE

Elaboró: Nini Cañon
 Cargo: Coord. Enfermería
 Fecha: 02-11-2012
 Firma: _____

Revisó: Uriel Gutierrez
 Cargo: Cocrd. Medico
 Fecha: 02-11-2012
 Firma: _____

Aprobó: Mario Suaza
 Cargo: Dirección Medica
 Fecha: 02-11-2012
 Firma: _____



Clínica UROS
PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES
NIT: 813.011.577-4

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO

CÓDIGO: PQ-CI-FO-005

FECHA: 1-09-2010

VERSION: 01

PAGINAS: 1 de 1

Yo, Juan Carlos Guzmán, en forma voluntaria
consiento en que el (la) doctor(a), Numero como
Médico(a) Responsable y que el ayudante que el (ella) designe me realicen Osteosintesis de
Numero COMO TRATAMIENTO
PARA Numero Comprendo que esta cirugía consiste
básicamente en Numero

También he entendido que existen otros tipos de tratamiento como Numero
los cuales no acepto y voluntariamente he elegido este método quirúrgico.

Entiendo que como toda intervención quirúrgica y/o procedimiento por causas independientes del actuar de mi médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, como las complicaciones **más frecuentes**: náuseas, vómito, dolor, inflamación, moretones, seromas (acumulación de líquido en la cicatriz), granulomas (reacción a cuerpo extraño o sutura), queloide (crecimiento excesivo de la cicatriz), hematomas (acumulación de sangre), apraxias (cambios en la sensibilidad de la piel), infecciones, hemorragias. Existen otros riesgos como:

En mi caso

Entiendo que

Igualmente e
si es ne
rmarlo al
después de e
dado la oport
posible previs
frente a los be

Firma del pac

Acompañante

Firma médico

Ciudad y Fecha:

IMPREDOL LTDA. - NIT. 813.001.747-7 - Tel. 8721204 Noiva

BOLETA SOLICITUD No. 07204
SALA DE CIRUGIA

FECHA: 22/08/14 **SERVICIO:** Ortopedia

NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Carlos Guzmán

IDENTIFICACIÓN: 7702144 **IDENTIDAD:** C.F.

ESPECIALIDAD: Ortopedia

ESPECIALISTA: Ortopedia

CIRUGIA: Osteosintesis de humero
Placa DCP de 45 mm

FIRMA PROGRAMADOR

FIRMA SOLICITANTE

adicionales:

á por el servicio de anestesia:

y posterior a la cirugía o procedimiento. Entiendo
terior. Siendo mi deber reclamar el resultado e
a practicar, los cuidados que debo tener antes y
ha hecho en un lenguaje claro y sencillo, y me ha
y acepto el alcance y los riesgos justificados de
que el riesgo quirúrgico mencionado es menor
que se me realice el **procedimiento**.

Registro de huella del paciente

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
SOLICITUD DE ATENCION DE SERVICIOS DE SALUD

Número de Informe: 20684 Fecha: 14.08.22 Hora:

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: CLINICA UROS S.A

Nit: 813011577

Código Habilitación: 410010057201

Dirección: CARRERA 6 No. 16-35

Teléfono: 8725400

Municipio: NEIVA

Departamento: HUILA

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR)

COMFAMILIAR HUILA ARS SUBSIDIADO

Código: CCF024

DATOS DEL USUARIO (COMO APARECE EN LA BASE DE DATOS)

1er. Apellido

GUARNIZO

2do. Apellido

1er. Nombre

CARLOS

Tipo Doc:

X

2do. Nombre

2do. Apellido

1er. Nombre

2do. Nombre

No. Identificación: 7702144

Fecha de Nacimiento: 26-06-09

Dirección de Residencia Habitual: CR 28 NO 8 SUR-22

Teléfono: 8708910

Departamento: HUILA

Municipio: NEIVA

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 Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen: ENFERMEDAD GENERAL

Tipo de Servicio Solicitado: POSTERIOR A LA ATENCION

Prioridad: PRIORITARIA

Ubicación del Paciente al Momento de la Solicitud

☐

Consulta Externa

☒

Hospitalización

Servicio: OBSERVACION

Cama: 3

☐

Urgencias

Examen Integral Según Guía: ORTOPEdia

OCEDIMIENTOS

| CODIGO | DESCRIPCION | CANTIDAD |
|--------|---|----------|
| 793201 | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SUBCAPITAL DE HEMIFRONTAL | 1.00 |

Justificación Clínica

PACIENTE DE 38 AÑOS DE EDAD REMITIDO DE CONSULTA CLINICA DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA SOBRE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON POSTERIOR DOLOR INTENSO, DEFORMIDAD Y LIMITACION FUNCIONAL EN TERCIO SUPERIOR DE BRAZO IZQUIERDO. TA: 100/70 FC: 85 FR: 18 ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION ABDOMINAL SIN MASAS SIN MEGALIAS

ES VALORADO POR ORTOPEdia QUE LE DECEDE REALIZAR PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Diagnostico Principal: S429 / FRACTURA DEL HOMBRO Y DEL BRAZO, PARTE NO ESPECIFICADA

Diagnostico Relacionado 1: S430 / LUXACION DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO

Diagnostico Relacionado 2: /

INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de Quien Reporta: STEPHANIA RAMIREZ

Teléfono:

Cargo o Actividad: AUXILIAR AUTORIZACIONES

Teléfono Celular:

Stephanie R
22/08/14
17:36.

35

EPS-S COMFAMILIAR HUILA

RedPrestadora: Anexo 1 Anexo 2 Anexo 3 Anexo 4 Anexo 9 Anexo 10 Base de Datos

Anexo 4 - Autorización de servicios: lista

Opciones: Imprimir Excel

ANEXO TÉCNICO No. 4
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de anexo 4 en EPS-s 1416820 Fecha y hora 2014-08-22 20:02:38
Estado ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO CCF024

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre Ips CLINICA UROS S.A.
Codigo IPS 410010057201 Identificación Ips NI-813011577
Direccion Ips CRA 6 # 16-35 Telefono Ips 8-8632000
Departamento HUILA |41 Municipio NEIVA |001

DATOS DEL PACIENTE

Nombre Usuario GUZMAN GUARNIZO JUAN CARLOS Identificación CC - 7702144
Fecha de Nacimiento 1976-06-09
Sexo CL 25 SUR 34 A 45 Telefono 8678810
Departamento HUILA |41 Municipio NEIVA |001
Cobertura en Salud Regimen subsidiado - Parcial

INFORMACION DE LA ATENCION

Prioritario SI Ubicación Hospitalización
Servicio HOSPITALIZACION Cama 3

SERVICIOS SOLICITADOS

| Nº | nAut | codigo | Descripcion | Cantidad Solicitada | Prestador Autorizado | Cantidad Autorizada | Autorizo | observaciones | Fecha Autorizacion | Valida hasta: |
|----|---------|--------|--|---------------------|----------------------|---------------------|----------------------|---|---------------------|---------------|
| 1 | 2371779 | 793201 | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SUBCAPITAL DE HUMERO CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS] | 1 | CLINICA UROS S.A. | NEGADO | ALECSANDRO CHICA ZEA | ** La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada **
SEGUN FAMILIAR EL PACIENTE VENIA EN MOTO DE UN PASEO Y SE ESTRELLA | 2014-08-22 20:02:38 | 0000-00-00 |

JUSTIFICACION CLINICA

Justificación clínica: PACIENTE DE 38 AÑOS DE EDAD REMITIDO DE CON CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA SOBRE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON POSTERIOR DOLOR INTENSO, DEFORMIDAD Y LIMITACION FUNCIONAL EN TERCIO SUPERIOR DE BRAZO IZQUIERDO. TA:100/70 FC:85 FR:18 ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL SIN MASAS SIN MEGALIAS. ES VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN DECIDE REALIZAR PROCIMIENTO QUIRURGICO.

IMPRESION DIAGNOSTICA

Cod diagnostico principal S429 Diagnostico principal FRACTURA DEL HOMBRO Y DEL BRAZO PARTE NO ESPECIFICADA
Cod diagnostico relacionado 1 S430 Diagnostico relacionado 1 LUXACION DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO
Cod diagnostico relacionado 2 Diagnostico relacionado 2

NUMERO SOLICITUD DE ORIGEN

Numero solicitud de origen 20684 Fecha 2014-08-22 Hora 17:39:09

DATOS DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza ALECSANDRO CHICA ZEA Telefono
Cargo o actividad AUX. ADITIVO ATENCION AL USUARIO Telefono celular



clínica
UROS S.A.
Para ti sólo tenemos soluciones
NIT. 813.011.577 - 4

MANUAL DE REGISTROS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS

CÓDIGO: PQ-CI-FO-009

FECHA: 11-02-2013

VERSIÓN: 00

PAGINAS 1 de 1

Fecha: 27-8-14

1.- Yo Juan Carlos Gámez C.C. No. _____ de _____ por la presente autorizo al Dr. (a) _____ o anestesiólogo de turno y los asistentes de su elección.

En la Clínica Uros S.A. para realizar en mi o el (la) paciente _____ el procedimiento anestésico adecuado para llevar a cabo la siguiente CIRUGÍA _____.

2.- Hago constar que se me ha explicado la naturaleza y propósito del acto anestésico. También se me ha informado las ventajas y desventajas, molestias, complicaciones y riesgos que puedan producirse, así como las posibles alternativas de los diferentes métodos anestésicos. Además se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.

Entiendo que durante el curso de los procedimientos se puedan presentar situaciones críticas que puedan requerir procedimientos adicionales, si el médico anestesiólogo o asistentes lo consideren necesario. Se me ha informado que estas situaciones críticas y procedimientos de reanimación pueden llevar a delicados estados de salud que puede dejar lesiones temporales o permanentes de el grado leve incluyendo la muerte, y que la muerte natural también puede ocurrir antes, después o durante la anestesia.

4.- SI _____ NO _____ AUTORIZO LA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS, SI ES NECESARIO.

5.- Se me ha presentado una lista de complicaciones y dificultades que se presentan con frecuencia durante los procedimientos anestésicos. Los actos anestésicos no son de resultados sino de medios (leer lista de complicaciones).

Entiendo que he leído y me han explicado lo anterior y que los espacios en blanco han sido llenados antes de firmar o colocar huella digital, se me ha explicado que esto es una información previa a la autorización del procedimiento anestésico y no una forma de evadir responsabilidades durante la anestesia y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre consentimiento para llevar a cabo el procedimiento anestésico que requiero para mi intervención quirúrgica o procedimiento.

LISTA DE COMPLICACIONES GENERALES QUE SE PUEDEN PRESENTAR CON ANESTESIA GENERAL Y/O REGIONAL

Nauseas, vomito, trastornos respiratorios que requieren cuidados intensivos o especiales, trastornos del corazón o circulación que requieren cuidados intensivos o especiales para limitar el daño que pueda ocasionar, cambios en la presión arterial (Hipertensión o Hipotensión) que requieren atención especial, aspiración del líquido gastrointestinal a los pulmones, ruptura de los vasos sanguíneos o punción del pulmón durante colocación de catéteres venosos centrales, sangrado importante que requiera transfusión sanguínea, alergias o reacciones de incompatibilidad a transfusiones de componentes sanguíneos o medicamentos, tromboembolia pulmonar o de otros, daños de nervios por posiciones quirúrgicas, necrosis en piel por filtración de medicamentos o líquidos, infarto, muerte.

COMPLICACIONES ANESTESIA REGIONAL

Cefalea post-punción raquídea y peridural, daño de nervios por punción anestésica, anestesia regional fallida, daño medular, dolor de espalda.

COMPLICACIÓN ANESTESIA GENERAL

Lesiones de dientes, laringe, traquea, esófago y tejidos adyacentes durante la entubación traqueal, lesiones de cornea, laringoespasma, broncoespasmos, edema pulmonar de presión negativa, intubación difícil, realización de traqueostomía y cricotiroidotomía de urgencia, muerte cerebral, soporte ventilatorio post-anestesia, instalación de demencia senil o trastornos de la conciencia temporal o permanente, convulsiones, dolor de garganta, otras. _____

Firma del Paciente
C.C.

Firma Anestesiólogo de Consulta

8.00Am

| | | | |
|---|---------------------------|---------|--------------|
|
<small>UNA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES</small> | MANUAL DE REGISTROS | CODIGO | PS-EF-FO-014 |
| | | FECHA | 21/07/2014 |
| | SEGUIMIENTO A VENOPUNCION | VERSION | 00 |
| Pagina 1 de 1 | | | |

OMBRE Juan Carlos Gormez N° HISTORIA 7702144
 RVICIO URCANCIA EPS CIF CAMA _____

| DIAGNOSTICO | | | | FECHA DE INGRESO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------|--------------------------|---|----------|--------------|----------|----------|--------------------|----------|----------|--|-------|--|--|----------|------|--------------|----------|--------------------------|----------------------|----------|------|-------|----------|
| | FECHA | CATETER | NUMERO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 27/8/14 | yelo | 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | No VENOPUNCIONES | INFUSION CONTINUA | CATETER HEPARINIZADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ANTIBIOTICOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | OTROS MEDICAMENTOS (POR DICHA VENA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPONSABLE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C. Gormez | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> VISTA ANTERIOR - POSTERIOR </div> <div style="width: 35%;"> EXTREMIDAD </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. V.CEFALICA SUPERIOR 5. V.BASILICA SUPERIOR 9. V.CEFALICA ACCESORIA
2. V.CEFALICA ACCESORIA 6. V.MEDIANA BASILICA 10. V.CEFALICA INFERIOR
3. V.CEFALICA INFERIOR 7. V.MEDIANA DEL ANTEBRAZO 11. V.BASILICA INFERIOR
4. V.MEDIANA CEFALICA 8. V.BASILICA INFERIOR 12. V.METACARPIANAS
A. V.SAFENA INTERNA B. V.SAFENA EXTERNA 13. ARCO VENOSO DORSAL | | | | SUPERIOR DERECHA <u>B</u>
SUPERIOR IZQUIERDA _____
INFERIOR DERECHA _____
INFERIOR IZQUIERDA _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 10%;">FECHA</th> <th colspan="3">MAÑANA</th> <th colspan="3">TARDE</th> <th colspan="3">NOCHE</th> </tr> <tr> <th>CRITERIO</th> <th>HORA</th> <th>FIRMA</th> <th>CRITERIO</th> <th>HORA</th> <th>FIRMA</th> <th>CRITERIO</th> <th>HORA</th> <th>FIRMA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>28-18/14</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> | | | | | | FECHA | MAÑANA | | | TARDE | | | NOCHE | | | CRITERIO | HORA | FIRMA | CRITERIO | HORA | FIRMA | CRITERIO | HORA | FIRMA | 28-18/14 | |
| FECHA | MAÑANA | | | TARDE | | | NOCHE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CRITERIO | HORA | FIRMA | CRITERIO | HORA | FIRMA | CRITERIO | HORA | FIRMA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28-18/14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 10%;">DESCONTINUAR</td> <td style="width: 15%;">FLEBITIS</td> <td style="width: 20%;">Criterio</td> <td style="width: 20%;">DISFUCION MECANICA</td> <td style="width: 20%;">HEMATOMA</td> <td style="width: 25%;">HEMATOMA</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td>INFILTRACION</td> <td> </td> <td>CAMBIO A CATETER CENTRAL</td> <td>FIN DE LA INDICACION</td> <td>OTROS</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | | | | | | DESCONTINUAR | FLEBITIS | Criterio | DISFUCION MECANICA | HEMATOMA | HEMATOMA | | | | | | | INFILTRACION | | CAMBIO A CATETER CENTRAL | FIN DE LA INDICACION | OTROS | | | |
| DESCONTINUAR | FLEBITIS | Criterio | DISFUCION MECANICA | HEMATOMA | HEMATOMA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | INFILTRACION | | CAMBIO A CATETER CENTRAL | FIN DE LA INDICACION | OTROS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CRITERIOS PARA EVALUAR Y DEFINIR FLEBITIS

- | | |
|--|--|
| 0. Sin signos ni sintomas locales de flebitis. | 4. Dolor, eritema, edema con induracion mayor de 3 centimetros. |
| 1. Dolor en el sitio de venopuncion. | 5. Criterios de 4 mas cordon venosos palpable mayor de 3 centimetros. |
| 2. Dolor en el sitio de venopuncion y eritema ligero. | 6. Salida de material purulento por el sitio de insercion del cateter. |
| 3. Dolor en el sitio de venopuncion, eritema y edema ligero. | |

38



clínica
UROS SA
Para ti sólo tenemos soluciones
NIT. 813.011.577 - 4

MANUAL DE REGISTRO

REQUERIMIENTO
DE FARMACIA

95796

CÓDIGO: DT-SF-FO-002

FECHA: 11/07/11

VERSIÓN: 01

PAGINA: 1 DE 1

NOMBRES Y APELLIDOS

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

ADMISIÓN

FECHA

ENTIDAD (EPS)

SERVICIO

PISO / CAMA

No. HISTORIA CLÍNICA

CODIGO CIE-10

TIPO DE
USUARIO
(X)

CONT

SUBS

PART

PREP

OTRO

DIAGNOSTICO

NOMBRE DEL MEDICAMENTO (DENOMINACIÓN COMÚN
INTERNACIONAL/NOMBRE GENÉRICO)

CONCENTRACIÓN

PRESENTACIÓN / FORMA
FARMACÉUTICA

VÍA DE ADMON

CANTIDAD FORMULADA

NÚMEROS

LETRAS

DURACIÓN
TTO (DÍAS)

DOSIS / FRECUENCIA

RVACIONES Y/O RECOMENDACIONES:

FIRMA Y SELLO DE QUIEN REGISTRA EL MEDICO U ODONTOLOGO

FIRMA Y SELLO DE QUIEN DISPENSA

FIRMA Y CEDULA DE QUIEN RECIBE

J. J. J. J. J.
Ortopedia y Traumatología
C.E. 7725.941
F.U.S.M.

ESTA ORDEN MEDICA ES VALIDA POR 72 HORAS A PARTIR DE SU DILIGENCIAMIENTO POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD
Carrera 6 N° 16 - 35 PBX 863 20 00 Neiva - Huila * Consulta especializada Calle 16 - No. 6 - 40
E-mail: servicioalcliente@clinicauros.com



Clínica
UROS
PARA TODO TENEMOS SOLUCIONES
NIT: 813.011.577-4

MANUAL DE REGISTROS

EPICRISIS

CÓDIGO: PH-HP-FO-009

FECHA: 20-02-09

VERSIÓN: 00

PÁGINAS: 1 de 2

No. H.CL. 72 07144

Nombres y Apellidos: Juan Carlos Guzman

Fecha: 22 08 14

Unidad Funcional: Uro

Asegurador: Cmb-l

Cama:

A. IDENTIFICACIÓN

| EDAD | | | SEXO | INICIACIÓN DE LA ATENCIÓN | | | FINALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN | | |
|------|-----|-----|---|---------------------------|----|----|-----------------------------|----|----|
| Día | Mes | Año | F ☐
M ☒ | FECHA | | | FECHA | | |
| | | 38 | | 20 | 08 | 14 | 22 | 08 | 14 |
| | | | | Unidad Funcional | | | Unidad Funcional | | |

B. DIAGNÓSTICO, PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Fractura de Húmero

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO U OBSTÉTRICO

TRATAMIENTOS

Leu Puntos Anestesia

C. ORDENAMIENTO

1. RESUMEN DE ANAMNESIS Y EXÁMEN FÍSICO

Paciente con trauma en el brazo derecho al caer de la altura de 2 metros al momento de bajar de la moto, reportando dolor intenso y hinchazón en el brazo derecho, se le realizó radiografía de brazo derecho, se evidenció fractura de húmero izquierdo, se dejó con férula posterior y se trasladó al hospital para su atención.

Se le realizó cirugía de reducción y fijación el 22 de 08/14

2. RESUMEN DE EVOLUCIÓN

Paciente en buen estado



Clinica
UROS SA
PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES
NIT: 813.011.577-4

MANUAL DE REGISTROS

EPICRISIS

CÓDIGO: PH-HP-FO-01

FECHA: 20-02-09

VERSIÓN: 00

PÁGINAS: 2 de 2

3. COMPLICACIONES

ninguna

4. CONDICIÓN DEL PACIENTE A LA FINALIZACIÓN (SEÑALAR INCAPACIDAD FUNCIONAL SI LA HUBIERA)

alta

5. PRONÓSTICO

Buena

6. RECOMENDACIONES

Analizar por especialista el 27 de 08/14
por incapacidad a seguir con tratamiento

7. FECHA Y RESULTADOS DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

8. FIRMA Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

Jefferson Perdomo C.
Ortopedia y Traumatología
C.C. 7725.941
F.U.S.M.

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud - FOSYGA

Información de Afiliados en la base de datos única de afiliación al Sistema de Seguridad Social

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 8/27/2014 6:50:23 AM

Estación de origen: 181.48.171.9

Información Básica del Afiliado

Tipo de Identificación CC
Número de indentificación 7702144
Nombres JUAN CARLOS
Apellidos GUZMAN GUARNIZO
Fecha de Nacimiento **/**/**
Departamento HUILA
Municipio NEIVA

Datos de afiliación

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA
AFILIACION
ENTIDAD | TIPO
AFILIADO |
|--------|---|------------|--------------------------------|-------------------------|
| ACTIVO | CAJA DE
COMPENSACIÓN
FAMILIAR DEL
HUILA
"COMFAMILIAR" | SUBSIDIADO | 13/05/2008 | CABEZA
DE
FAMILIA |

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 1344 de 2012.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDU, es del afiliado, en este caso, de las EPS. Artículo 5 de la Resolución 1344 de 2012 y el literal c) del artículo 4º de la Ley 1266 de 2008; por lo tanto, las inconsistencias que refleje esta información son imputables a las EPS o al municipio y no al Ministerio de Salud y Protección Social.

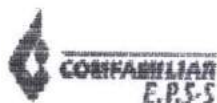
Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico de fondo y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página del FOSYGA, por favor remitase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la Resolución 1344 de 2012.

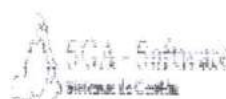
Para los casos en los cuales los datos publicados en la consulta del FOSYGA sobre tipo y/o número de identificación no correspondan con los datos reales de nombres y/o apellidos, el usuario deberá presentar a la EPS o certificación expedida por la Registraduría Nacional del Estado Civil. (No se aceptan certificaciones de supervivencia). Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la Resolución 1344 de 2012, o solicitar al Ministerio la corrección de información.

Para los casos en los cuales aparezca de manera incorrecta en la consulta del FOSYGA, el campo "Estado" como "Afiliado Fallecido", por favor presente a la EPS una certificación expedida por la Registraduría Nacional del Estado Civil - RNEC con el fin de que esta provea de conformidad a los procedimientos y normas dictadas por el Ministerio.

Finalmente, el Ministerio no expide certificaciones en razón a que la EPS es la responsable por los reportes de la afiliación.



EPS-S CONFAMILIAR HUILA



Opciones: Inicio EPS-s Red Afiliados Rips Res4505
 Salir

OPCIONES DE BUSQUEDA,

1.- Digite directamente el tipo y numero de identificación del **AFILIADO** a consultar. Ej.: CC-19000111,

2.- De un clic en el icono , digite el primer apellido y el primer nombre. Luego seleccione de la lista el afiliado a consultar

EPS-S CONFAMILIAR HUILA

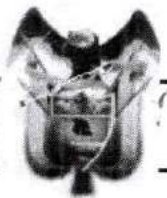
Identificación
 * del Afiliado 46-2762-11
 Tipo-Numero


DATOS AFILIADO

| | |
|-------------------------|------------------------|
| Municipio de Residencia | (41001) NEIVA-HUILA |
| Identificación | CC- 7702144 |
| Apellidos | GUZMAN GUARNIZO |
| Nombres | JUAN CARLOS |
| Sisben | Nivel I |
| Pertenencia Etnica | 6 - No aplica |
| Estado de la Afiliación | Afiliado ACTIVO |
| Fecha de Consulta | 2014-08-27 06:50:32 |
| Regimen | SUBSIDIADO |

Servicios médicos

| Nº | Servicio | Proveedor |
|----|--|--|
| 1 | Medicamentos bajo ambulatorios (capitado) | CONFAMILIAR HUILA FARMACIA - NEIVA |
| 2 | Promoción y prevención (capitado) | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA |
| 3 | Rayos X (C) | RAYOS X DEL HUILA S.A.S. |
| 4 | IPS baja complejidad (capitado) | CONFAMILIAR HUILA IPS-NEIVA (QUIRINAL-SAN JORGE) |
| 5 | IPS mediana complejidad (evento) | CLINICA UROS S.A. |
| 6 | Optometría + lentes y monturas (C) | OPTICA ALEX y/o MARISOL CELIS GUTIERREZ |
| 7 | Atención Patología Cáncer (PP) | UNIDAD ONCOLOGICA SURCOLOMBIANA S.A.S. |
| 8 | Atención Patología Cardiovascular (PP) | CLINICA MEDILASER S.A. |
| 9 | Urgencias y hosp baja complejidad (evento) | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA |
| 10 | Atención del Parto (Evento) | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA |
| 11 | Oxígeno domiciliario (C) | GASES INDUSTRIALES Y MEDICINALES DEL PACIFICO S.A.S. |



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
SOLICITUD DE ATENCION DE SERVICIO DE SALUD

Numero de Informe: 20684 Fecha: 14.08.22 Hora: 17:38

FORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: CLINICA UROS S.A. Nit: 813011577 - 4
Codigo Habilitacion: 410010057201 Direccion: CARRERA 6 No. 16-35
Telefono: 8725400 Municipio: NEIVA Departamento: HUILA

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR) COMFAMILIAR HUILA ARS SUBSIDIADO Codigo: CCF024

DATOS DEL USUARIO (COMO APARECE EN LA BASE DE DATOS)

GUZMAN GUARNIZO JUAN CARLOS Tipo Doc: ☒ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ RC ☐ AS ☐ MS

1er.Apellido 2do.Apellido 1er.Nombre 2do.Nombre
No. Identificacion: 7702144 Fecha de Nacimiento: 76.06.09
Direccion de Residencia Habitual: CR 28 NO 8SUR-22 Telefono: 8708910
Departamento: HUILA Municipio: NEIVA

Cobertura en Salud: ☐ Regimen Contributivo ☐ Regimen Subsidiado - Parcial ☐ Poblacion Pobre
☒ Regimen Subsidiado - Total ☐ Poblacion Pobre no Asegurada sin Sisben ☐ Plan Adicional de Salud
☐ no Asegurada con Sisben ☐ Desplazado ☐ Otro

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen: ENFERMEDAD GENERAL Tipo de Servicio Solicitado: POSTERIOR A LA ATENCION Prioridad: PRIORITARIA

Ubicacion del Paciente al Momento de la Solicitud

☐ Consulta Externa ☒ Hospitalizacion Servicio: CIRUGIA Cama: SALA 01
☐ Urgencias

anejo Integral Segun Guia: ORTOPEDIA

PROCEDIMIENTOS

| CODIGO | DESCRIPCION | CANTIDAD |
|--------|---|----------|
| 793210 | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN DI-FISIS DE H+MERO CON | 1.00 |
| 772200 | OSTEOTOM-A DE H+MERO SOD + | 1.00 |

Justificacion Clinica

PACIENTE DE 38 AÑOS DE EDAD REMITIDO DE CON CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CAIDA DESDE SU PROPIA TUBA SOBRE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON POSTERIOR DOLOR INTENSO, DEFORMIDAD Y LIMITACION FUNCIONAL EN TERCIO SUPERIOR DE BRAZO IZQUIERDO. TA:100/70 FC:85 FR:18 ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL SIN MASAS SIN MEGALIAS.
ES VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN DECIDE REALIZAR PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.

28/08/14: USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 38 AÑOS DE EDAD QUE INGRESÓ A SALAS DE CX PARA PROCEDIMIENTO QX PROGRAMADO, FUE INTERVENIDO POR MÉDICO ESPECIALISTA JEFERSON PERDOMO QUIEN LE REALIZÓ REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN DIAFISIS DE HUMERO CON FIJACIÓN INTERNA D(POSITIVO) + OSTEOTOMIA DE HUMERO, COMPLICACIONES: NINGUNA, ESPECIALISTA ORDENA TTO POST OPERATORIO Y CONTINUAR HOSPITALIZADO EN PISO PARA SEGUIMIENTO Y RECUPERACIÓN. SIGNOS VITALES TA 118/78 mmHg FC 78x' FR 18x' SPO2 99%.

Diagnostico Principal: S429 / FRACTURA DEL HOMBRO Y DEL BRAZO, PARTE NO ESPECIFICADA
Diagnostico Relacionado 1: S430 / LUXACION DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO
Diagnostico Relacionado 2: /

INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de Quien Reporta: ALEXIS HERRERA RAMÍREZ Telefono:
Cargo o Actividad: ENFERMERO JEFE Telefono Celular:

Fecha 14-08-2014
Hora 3:00 PM

5



FICHA AUTORIZACIONES

NOMBRE

Juan Carlos Gormen

DOCUMENTO

7702144

EDAD

38

CAMA

DIAGNOSTICO

S 429

INGRESO

ENTIDAD

CLT

S 430

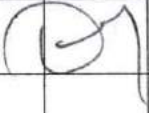
| FECHA | SERVICIO SOLICITADO | RECIBIDO | COD. AUTORIZADOR |
|------------|---------------------|----------|------------------|
| 28-VIII-14 | 793210
772200 | | |
| 29-8-14 | E60650 | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Folios 42 153
de 153
6

| | | | | |
|--|--------------------------------------|--|---------|--------------|
|  <p>clínica
UROS
PARA TI SOLO TENEMOS SOLUCIONES</p> | MANUAL DE REGISTROS | | Código: | PS-EF-FO-011 |
| | LISTA DE ENTREGA DE TURNO ENFERMERIA | | Fecha: | 18-03-2014 |
| | | | Versión | 00 |
| | | | Página | 1 de 1 |

NOMBRE Y APELLIDOS Juan Carlos Garmen EDAD 38 años ADMISION 1108651

DOCUMENTO _____ EPS CIF SERVICIO _____ CAMA 206-3

| ASPECTOS A EVALUAR | FECHA
28-8 | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| IDENTIFICACION (LETRERO) | 1 | | | | | | | | | | | | |
| MANILLA HOSPITALARIA | 1 | | | | | | | | | | | | |
| BARANDAS ARRIBA | 1 | | | | | | | | | | | | |
| SABANAS LIMPIAS | 1 | | | | | | | | | | | | |
| ROTULO DE LIQUIDOS | 1 | | | | | | | | | | | | |
| EQUIPOS ROTULADOS | 1 | | | | | | | | | | | | |
| VENA ROTULADA | 1 | | | | | | | | | | | | |
| REGISTROS COMPLETOS EN HISTORIA CLÍNICA | 1 | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA DEL JEFE |  | | | | | | | | | | | | |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | | | | | | | | | | | | | |

CONVENCIONES:

0: NO APLICA

1: CUMPLE

2: NO CUMPLE

25

Horario y normas de visita

HOSPITALIZACION:
10:00 am a 7:00 pm.

**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
ADULTOS:** 11:30 am a 12:00 y 5:00 a 6:00pm

**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
NEONATAL:**
8:00 am a 12:00 y 2:00 a 6:00pm

Puede permanecer el acompañante permanente autorizado por medico tratante.
Como medida preventiva los menores de 12 años no pueden acceder a la zona de hospitalización como visitantes.

Pautas generales

- En las habitaciones pueden permanecer como máximo 1 acompañante por paciente en el horario de visita establecido.
- Para facilitar el trabajo del personal salga de la habitación del paciente durante la visita medica.
- No ofrezca al paciente comidas y bebidas, la alimentación forma parte del tratamiento y esta bajo control medico.
- Para recibir información del estado del paciente, consulte el horario de información a familiares y acompañantes en cada unidad de atención.
- Hable en voz baja para no molestar y favorecer el descanso de los pacientes.
- No se permite el uso de cámaras de foto o video.
- Conserve el aseo de la habitación.
- El paciente o su familia deberá responder por daños ocasionados a equipos e infraestructura de la clínica.
- La clínica no se hace responsable por la perdida de objetos personales.
- Esta prohibido el ingreso de objetos corto punzantes y armas de fuego.
- Mantenga siempre las barandas arriba para evitar caídas.



clínica
UROS S.A.
Para ti sólo tenemos soluciones

**Horario de información
a pacientes y familiares en**

Hospitalización:

10:00 am A 12:00 y
5:00 pm A 6:00 pm.

Urgencias:

11:00 am A 12:00 y
4:00 pm A 5:00 pm

Teléfono: 8725400
Fax: 8714028 - Ext. 124 - 133
Línea 018000961717

**Email: servicioalcliente@clinicauros.com
referencia@clinicauros.com**

www.clinicauros.com

Código: PS-EP-FO-005
Fecha: 15-07-2013
Versión: 00

**Información
para Pacientes y
Acompañantes**

Derechos

1. Acceder a un equipo de salud interdisciplinario y competente, para brindarle servicios con calidad.
2. Disfrutar de una comunicación plena y clara con el equipo de salud, con un lenguaje apropiado que le permitan obtener toda la información necesaria de su enfermedad y tratamiento.
3. Recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres.
4. Todos los informes de la historia clínica deben ser tratados de manera confidencial y secreta.
5. Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, respetando los deseos del paciente en caso de enfermedad irreversible.
6. Revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos.
7. Recibir o rechazar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa.
8. Que se respete la voluntad de participar o no en investigaciones científicas previa explicación del proceso.
9. Que se respete la voluntad de donar o no sus órganos.
10. Morir con dignidad; que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

1. Colaborar con el cumplimiento de normas e instrucciones de la Clínica Uros y el equipo tratante.
2. Tratar con respecto y dignidad a quienes lo atienden, y a las demás personas que se encuentren dentro de la clínica.
3. Respetar la intimidad de los pacientes.
4. Cuidar y hacer uso racional de los recursos, instalaciones, dotación y servicios de la Clínica.
5. Informar oportunamente los hechos dolosos que perciba en la institución.
6. Dar información oportuna clara, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, de los hechos causantes de su deterioro, para que la institución le brinde el cuidado apropiado.
7. Expresar por escrito su voluntad de no aceptar tratamiento o procedimiento.
8. Utilizar el servicio de la oficina de Atención al Usuario para los reclamos y sugerencias.
9. En caso de incapacidad del paciente designar una persona que debe estar dentro del primer grado de afinidad (cónyuge - compañero permanente) y cuarto grado de consanguinidad (hijo - padre - hermano) a fin que este proceda en su nombre para dar consentimiento informado en los procedimientos que así lo requieran.
10. Acatar los criterios de ingreso y egreso a la Clínica.
11. Procurar que usted mismo y los suyos, sean parte activa del equipo humano de tratamiento.
12. Cancelar oportunamente el pago de los servicios que la Clínica Uros y la ley establecen.



Reconozco que se me dio a conocer los **DERECHOS Y DEBERES** del usuario y las Normas de la Clínica.

DATOS DEL PACIENTE O RESPONSABLE

Nombre: Juan Carlos Garmas

Cedula: 7702144

Firma: _____

Autoriza dar información a un familiar

SI ☐ NO ☐

Nombre: _____

Cédula: _____

Teléfonos: _____

Fecha: _____