RAMA JUDICIAL
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

OFICINA COORDINACION
ADMINISTRATIVA
OFICINA DE APOYO

Señores
JUZGADOS ADMINISTRATIVOS DEL CIRCUITO JUDICIAL
FLORENCIA CAQUETA (REPARTO)
E. S. D.

04 SEP 2019
RECIBIDO
HORA 5:41 FIRMA

Referencia: DEMANDA REPARACION DIRECTA
Convocante: DANIELA CASTRO ORTEGA y OTROS
Convocado: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL Y OTRO

JAIME ANDRES SILVA MURCIA, mayor de edad, abogado en ejercicio, identificado con la Cédula de Ciudadanía número 6.254.424 expedida en Cali-Valle, portador de la Tarjeta Profesional número 161.195 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de apoderado especial de DANIELA CASTRO ORTEGA Y OTROS, de acuerdo a los poderes conferidos, me permito presentar DEMANDA del medio de control de Reparación Directa, a fin de que se hagan las siguientes o similares:

I. DECLARACIONES Y CONDENAS GENERALES

PRIMERA.- Declarar administrativa y patrimonialmente responsable a HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E DE SAN VICENTE DEL CAGUAN,-CLINICA MEDILASER S.A DE FLORENCIA de los perjuicios materiales, morales y de placer o daño a la salud o vida relación, sufridos por mis poderdantes, *por la muerte de su hija, hermana cuando estaba por nacer en el proceso de parto,* como consecuencia de la OMISION Y FALLA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD ocurrido el 13 de junio de 2017.

SEGUNDO.- Como consecuencia de lo anterior, se CONDENE al HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E DE SAN VICENTE DEL CAGUAN,-CLINICA MEDILASER S.A DE FLORENCIA a pagar por **PERJUICIOS MORALES** consistentes en la angustia, dolor, aflicción, tristeza, zozobra, depresión por causa del lamentable fallecimiento del menor hijo de DANIELA CASTRO ORTEGA y DINAEL TOVAR ALVAREZ, para cada uno de los demandantes las siguientes sumas de dinero o lo máximo reconocido por la jurisprudencia del Consejo de Estado para estos casos:

	DEMANDANTE	PARENTESCO	PRETENSION
1	DINAEL TOVAR ALVAREZ	Padre o tercero damnificado	100 SMMLV
2	DANIELA CASTRO ORTEGA	Madre o tercero damnificado	100 SMMLV
3	KAREN JULIETH TOVAR CASTRO	Hermana o tercero damnificado	50 SMMLV
4	MARGARITA ALVAREZ	Abuela o tercero damnificado	50 SMMLV
5	DANIEL TOVAR PLAZAS	Abuelo o tercero damnificado	50 SMMLV

6	BELCY ORTEGA GOMEZ	Abuela o tercero damnificado	50 SMMLV
7	JAIRO CASTRO MANJARREZ	Abuelo o tercero damnificado	50 SMMLV
	TOTAL		**450 SLMMV**

TERCERO.- Se CONDENE al HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E DE SAN VICENTE DEL CAGUAN,-CLINICA MEDILASER S.A DE FLORENCIA a reconocer y pagar a favor de DANIELA CASTRO ORTEGA y DINAEL TOVAR ALVAREZ los perjuicios materiales traducidos como DAÑO EMERGENTE con motivo de los gastos funerarios que tuvieron que sufragar para darle una cristiana sepultura a su menor hijo la suma de dinero que se establece en $1.300.000

CUARTO.- Que se CONDENE al HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E DE SAN VICENTE DEL CAGUAN,-CLINICA MEDILASER S.A DE FLORENCIA, a reconocer y pagar a favor de los demandantes a reconocer y pagar por perjuicios **A LA VIDA RELACION O DAÑO A LA SALUD**, traducido como alteraciones al nivel del comportamiento y desempeño de las personas dentro de su entorno social, familiar y cultural que hacía más grata la forma de convivencia con los demás, y que para el caso concreto se refleja en la vulneración de los derechos CONSTITUCIONALES Y CONVENCIONALES como lo son: la vida, la familia, la salud, la intimidad, derecho de la mujer y del niño, con motivo de la muerte del menor que estaba por nacer se solicita para cada uno de mis poderdantes las siguientes sumas de dinero o lo máximo reconocido por la jurisprudencia del Consejo de Estado para estos casos:

	DEMANDANTE	PARENTESCO	PRETENSION
1	DINAEL TOVAR ALVAREZ	Padre o tercero damnificado	100 SMMLV
2	DANIELA CASTRO ORTEGA	Madre o tercero damnificado	100 SMMLV
3	KAREN JULIETH TOVAR CASTRO	Hermana o tercero damnificado	50 SMMLV
4	MARGARITA ALVAREZ	Abuela o tercero damnificado	50 SMMLV
5	DANIEL TOVAR PLAZAS	Abuelo o tercero damnificado	50 SMMLV
6	BELCY ORTEGA GOMEZ	Abuela o tercero damnificado	50 SMMLV
7	JAIRO CASTRO MANJARREZ	Abuelo o tercero damnificado	50 SMMLV
	TOTAL		**450 SLMMV**

QUINTO. - Las anteriores sumas dinerarias se deben actualizar de acuerdo a la variación del Índice de Precios al Consumidor IPC certificadas por el DANE desde que se hizo exigible su pago hasta la fecha del auto que apruebe la conciliación.

SEXTO. - Las sumas anteriores se ajustarán a la fecha del auto que apruebe la conciliación. Además, se ejecutará y devengará los intereses conforme lo señala los arts 192 y s,s, del C.P.A.C.A.

SEPTIMO: Para el cabal cumplimiento de lo dispuesto en los referidos artículos del C. C. A se expedirán las copias de la sentencia o conciliación con constancias de ejecutoria, y de los poderes vigentes, con destino al ente demandado y a los actores, haciendo precisión sobre cual o cuales de las copias resultan idóneas para la efectividad de los derechos reconocidos (artículo 115 C. P. C).

OCTAVO- Que se condene en costas y agencia en derecho a la entidad demandada conforme a lo establecido en el artículo 365 CGP.

CONSIDERACIONES DE HECHO.

1.- La familia TOVAR CASTRO está compuesta por el señor **DINAEL TOVAR ALVAREZ** y **DANIELA CASTRO ORTEGA** padres del menor fallecido; su hija **KAREN JULIETH TOVAR CASTRO**; los abuelos **MARGARITA ALVAREZ, DANIEL TOVAR PLAZAS, BELCY ORTEGA GOMEZ Y JAIRO CASTRO MANJARREZ,** personas humildes, trabajadoras, rodeadas de afectos, influidas de valores y principios tendientes a respetar a los demás.

3.- El señor **DINAEL TOVAR ALVAREZ** y la señora **DANIELA CASTRO ORTEGA**, a finales del año 2016, deciden procrear su segundo hijo, fruto de su relación amorosa estable, lo que conlleva a que sus familiares le realizaran un baby shower, en el que estuvieron presentes amigos, vecinos, familiares y demás allegados a la familia, compartieron una tarde muy feliz por la llegada de un miembro más a la familia.

4.- La señora **DANIELA CASTRO ORTEGA** quien para el momento de los hechos contaba con la edad de 28 años, se encontraba en estado de gravidez a esperas del alumbramiento de su segundo hijo, después de doce años de haber nacido su primogénita **KAREN JULIETH TOVAR CASTRO**, por esta razón asiste a los controles mensuales prenatales, los cuales brindaron un diagnóstico satisfactorio de evolución del proceso de gestación, como consta en Historias Clínicas de fechas 17 de noviembre de 2016 expedida por el Hospital SAN RAFAEL, ***"embarazo de 8,5 semanas"***, DIAGNOSTICO ECOGRAFICO OBSTETRICO de fecha 16 de diciembre de 2016 ***"NUMERO DE FETOS: 1 DORSO: IZQUIERDO PRESENTACIÓN: VARIABLE ACTIVIDAD CARDICA: 147 POR MINUTO MOV. EMBRIONARIOS: ACTIVOS CONCLUSIONES 1 Gestación de 13 semanas +- 3 días 2 feto único vivo longitudinal variable 3 movimientos fetales activos (...) fecha probable de parto 20 de junio de 2017"***, Historia clínica de fecha 19 de diciembre de 2016 ***"MC= control prenatal # 2***

pte asintomática, quien asiste a control sola, alerta, orientada, hidratada. Afebril, refiere que ha tenido nauseas ocasionales, pero que ha estado bien de salud (...) emb 13,6 sem x eco - emb 13,21 sem x fur - FUP 2004 – normopeso – bico". de la misma manera la madre contaba con muy buen estado salud.

5.- Durante el proceso de gestación, específicamente en el control prenatal número 4 de fecha 15 de febrero de 2017, se diagnosticó sobrepeso gestacional, tal y como se lee de la historia clínica de la fecha, "***control prenatal #4, asintomática, pte quien asiste a consulta sola, alerta, orientada, hidratada, afebril, refiere sentirse bien de salud (...) IDX- emb 22,1 sem x eco – emb 21, 4 sem x fur – sobrepeso gestacional***", de igual forma la madre se encontraba en excelentes condiciones de salud y el médico le informó unas recomendaciones generales; tal como lo anterior, ocurrió con el control prenatal número 5, donde se advertía en la respectiva historia clínica el sobrepeso gestacional que presentaba la gravidez de la señora **DANIELA CASTRO ORTEGA** y las buenas circunstancias de salubridad.

6.- En los siguientes controles prenatales, también se hacía mención a las condiciones en que se desarrollaba el embarazo de la señora DANIELA CASTRO ORTEGA, a pesar de su buen estado de salud, era una paciente de especial cuidado, considerándose el embarazo como de alto riesgo, pues el Hospital SAN RAFAEL ya tenía conocimiento sobre el crecimiento gestacional del embarazo, según se lee de la Historia Clínica del 11 de abril de 2017, "***CPN # 6, usuaria de 28 años de edad quien asiste a su gnpn sola caminando x sus propios medios, alerta, afebril, hidratada, manifiesta sentirse bien de salud (...) emb de 30.6 sem x fur y eco – 62 pivi – secundigestante – fuv podálico – feto grande para estado gestacional***"; sin embargo, según ECOGRAFIA OBSTÉTRICA + PERFIL BIOLÓGICO FETAL de fecha 17 de mayo de 2017 se diagnostica MACROSOMIA FETAL, una condición que podía complicar el parto a futuro, y éste debía ser asistido mediante cesárea por el gran tamaño del gestante, confirmándose así un embarazo de alto riesgo y del que la entidad médica tenía conocimiento desde el control prenatal número 4, se transcribe a continuación un aparte de la ecografía: "***Con equipo de ultrasonido general electric- voluson e, se realiza examen ecográfico encontrando: útero ocupado con feto único vivo. Situación longitudinal, presentación cefálico dorso izquierdo. Actividad cardiaca positiva (frecuencia cardiaca fetal 134 L.P.M). que corresponde a una edad gestacional conjugada de 36 semanas 2 días. Peso estimado fetal: 3125 gr. Percentil 85 para la edad gestacional. Placenta fúndica, grado III/III de maduración. Líquido amniótico cualitativamente aumentado. L.A de 30.7 cm. Sexo: masculino. Opinión 1. EMBARAZO DE 36 SEMANAS 2 DÍAS 2. FPP. 12 DE JUNIO DEL 2017 3. FETO ÚNICO VIVO CEFÁLICO 4. MACROSOMIA FETAL 5. POLIHIDRAMNIOS MODERADO 6. PBF: 8/8***"; de lo anterior también se determina con exactitud una fecha probable del parto para el día 12 de junio de 2017; las siguientes Historias clínicas advertían de igual forma el aumento gestacional, para la fecha 02 de junio de 2017 se diagnosticó "***feto longitudinal cefálico macrosomía[1] +***

[1] La expresión «macrosomía fetal» se utiliza para describir a un recién nacido significativamente más grande que el promedio.

polihidramnios[2]*"*, y en historia clínica de fecha 9 de junio de 2017 el médico ordena seguimiento permanente de monitoreo fetal, como se extrae del siguiente diagnóstico, *"Dx Gestación de 38,2 sem x eco (13,3 cm) macrosomía fetal – polihidramnios – (...) seguimiento con monitoria fetal hasta el 20 de junio de 2017 cuando cumpla 40 semanas (...).*

7.- El día 12 de junio de 2017 en horas de la madrugada, la señora **DANIELA CASTRO ORTEGA** presenta las primeras contracciones y dolores abdominales, por esta razón el día 13 de junio de 2017 siendo las 12:30 m, ingresa por urgencias al Hospital SAN RAFEL, padeciendo fuertes dolores y contracciones, advirtiendo al personal médico que no presentaba movimientos fetales, según se lee de Historia Clínica de la fecha *"paciente femenino de 28 años con gestación de 39,0 semanas por eco x de 38,3 sem por fur no confiable del 17-sep-16 quien asiste hoy al monitoreo fetal durante el cual no es posible auscultar fetocardia, se interroga al paciente quien manifiesta dolor tipo contracción de forma intermitente irradiado a región lumbar hace dos días además refiere ausencia de movimientos fetales desde el día de ayer sin acudir al servicio de urgencias niega perdidas vaginales niega síntomas de vasoespasmo u otros síntomas por lo que dedicido remitir de forma urgente para valoración por especialista"*, siendo diagnosticada con *"GESTACIÓN DE 39,0 SEMANA POR ECO II Y DE 38,3 POR FUR – ÓBITO FETAL A DESCARTAR"*, por tal razón la entidad médica decide remitir a la gestante a la CLÍNICA MEDILASER de la ciudad de Florencia a las 02:11 pm, sin inducirle el parto por medio de cesárea, ya que por su condición de macrosomía fetal, el trabajo de parto no se podía realizar normalmente, debiendo ser intervenida quirúrgicamente de urgencia, lo que omite la el Hospital SAN RAFAEL.

8.- Conforme los hechos anteriores, la señora **DANIELA CASTRO ORTEGA** es trasladada en ambulancia desde el municipio de San Vicente del Caguán hasta la capital del departamento, donde es recibida por el personal médico de la Clínica Medilaser a las 04:27 pm, después de más de dos horas de trayecto, según se lee de la Historia Clínica de fecha 13 de junio de 2017 *"recibo paciente de 28 años de edad 62p1v1 con Dx de embarao de 38,3 sem x fur y 39 sm x eco II, óbito a descartar, paciente con fr fc89 fe 18 ta 120/80 sto298%, no se encuentra fetocardia, durante el viaje paciente estable, adecuado estado general, no síntomas de vasoespasmo, no síntomas urinarios no perdidas vaginales, no movimientos fetales, paciente de cubito lateral izquierdo durante todo el trayecto, cifras tensionales dentro de límites, normales, sonda vesicular drena (...) se entrega paciente a clínica Medilaser a las 04 +27 se recibe paciente por ginecólogo de turno, se pasa paciente a ecógrafo donde se verifica óbito fetal, paciente estable*

Un bebé diagnosticado con macrosomía fetal tiene un peso de más de 8 libras y 13 onzas (4 kilogramos) al momento de nacer, independientemente de su edad gestacional. La macrosomía fetal puede complicar el parto vaginal y hacer que el bebé corra el riesgo de sufrir lesiones durante el nacimiento. La macrosomía fetal también aumenta el riesgo de problemas de salud para el bebé después del nacimiento.

[2] **Polihidramnios** es un término médico que se refiere a la presencia excesiva o aumento de líquido amniótico—por lo general mayor a los 2 litros o un índice de líquido amniótico >18 mm—alrededor del feto antes de que este nazca.

en adecuado estado general (...).

9.- Según se lee de la Historia Clínica expedida por la CLÍNICA MEDILASER:
REMITIDA DE HOSPITAL SAN VICENTE, AMBULACIA MEDICALIZADA
PACIENTE DE 28 AÑOS CON EMBARAZO DE 39 SEMANAS POR ECO DE I TRIM QUE INGRESA REMITIDA DE
SAN VICENTE POR SOSPECHA DE OBITO FETAL, PACIENTE CONSULTA A CENTRO DE SALUD PARA TOMA
DE MONITORIA FETAL LA CUAL NO SE LOGRA TOMAR PUES NO SE PERCIBE FCF, PACINETE REFEIRE QUE
NO SENTIA MOVER AL BEBE DESDE EL DIA DE AYER, NIEGA SANGRADO NIEGA AMNIORREA, NIEGA OTROS
SITOMAS, ANTE LO ANTERIOR REMITEN.
CPN NO. 8
HEMOCL. O POSITIVO
TRAE ECOGRAFIA
1. 16/12: EMBARAZO DE 13 SEMANAS HOY 39 SEMANAS
2. 01/04: EMBARAZO DE 29 SEMANAS HOY 39.3 SEMANAS FETO GRANDE PARA LA EDAD GESTACIONAL
3. 17/05: EMBARAZO DE 36.2 SEMANAS HOY 39.5 SEMANAS PEF DE 3125 GR POLIDRAMNIOS FETAL
MACROSOMIA FETAL

PACIENTE DE 28 AÑOS CON DX DE:
1. PREPARTO
2. EMBARAZO DE 39 SEM POR ECO DE I TRIM
3. FETO MUERTO - OBITO FTAL
4. G2P1V1
5. POLIHIDRAMNIOS
6. MACROSOMIA FETAL
PACIENTE QUE INGRESA POR SOSPECHA DE OBIT FETAL ACTUALMENTE CON EMBARAZO A TERNMINO
QUIEN INGRESA Y SE CONFIRMA DIANGOXTICO DE MUERTE FETL IN UTERO AHORA CON ESTABILIDAD
HEMODINAMCIA SIN SIRS, AHIORA CO PEF SOBRE LOS 4300 GR APORX, CONSIDERO QUE EXISTE UN
RIESGO PARA LA MADRE GENERARLE UNA INDUCCION CON UN FETO DE PESO ESTAIMADO FETAL TA
ALTO POR LO ANTERIOR CONSIDERO LLEVAR A TERMINACION DEL EMBARAZO POR VIA ALTA, SE
SOLICTA TAMBIEN VALORACION POR SICOLOGIA, EXPLICO ALA PACIENTE CONDUCTA A SEGURI QUIEN
ENTIENDE Y ACEPTA CONDUCTA.
PLAN//
PREPARAR PARA CESAREA

NVO
LEV 1000CC AHORA CONTINURA A 80CC/HR
DECUBITO LATERAL ZIQUIERDO
CSV AC
SS// CH SEROLGOA PT PTT FIBRINOGENO
DX: 1. OBITO FETAL. 2. MACROSOMIA FETAL. 3. POLIHIDRAMNIOS.
CIRUGIA: CESAREA.
HALLAZGOS: RN MASCULINO. OBITADO. SIN CAMBIOS EN PIEL. SIN MALFORMACIONES
ESTRUCTURALES EXTERNA EVIDENTES.
PESO: 3520 GR LIQUIDO AMNIOTICO:ABUNDANTE CLARO. NO NUDOS DEL CORDON.
PLACENTA NORMOINSERTA. ANEXOS:NORMALES.
NO COMPLICACIONES.
PLAN:
NADA VIA ORAL
LEV DE MANTENIMIENTO ASI:
OXITOCINA 20 UI EN 500 CC DE SSN A 83 CC HORA POR 6 HORAS.
LUEGO SSN 0.9% A 100 CC HORA.
VIGILAR SANGRADO VAGINAL
SONDA VESICAL A DRENAJE
SE ENVIA PLACENTA A PATOLOGIA.
CONTROL DE SV E IC.

PACIENTE DE 28 AÑOS CON DX DE:
1. POP DE CESAREA DIA 2 POR SOSPECHA DE MACROSOMIA FETAL + OBITO FETAL + **ALTO RIESGO DE PARTO DISTOCICO**
2. RECIEN NACIDO VIVO

10.- Conforme a lo anterior, se coligen las omisiones y fallas médicas en las que incurre el HOSPITAL SAN RAFAEL, que pese a tener conocimiento de todos los controles prenatales y del estado de sobrepeso gestacional en los primeros meses, y al diagnostico de macrosomía fetal y polihidramnios que se advirtieron en los controles prenatales posteriores, circunstancias que determinaban sin lugar a divagaciones un embarazo de alto riesgo; hicieron caso omiso a inducir urgentemente el parto vía cesárea, pues según consta en Historia clínica expedida por la Clínica Medilaser de Florencia, el diagnóstico de la gestante era de macrosomía + **alto riesgo de parto distócico**[3], esto es, por el gran tamaño del neonato se debía

[3] **El parto distócico requiere de intervención médica,** normalmente maniobras o intervenciones quirúrgicas, para su correcta finalización. Las causas que provocan el parto distócico pueden ser varias. **Se entiende la distocia como cualquier dificultad de origen fetal o materno en el progreso normal del parto.** En un parto normal o eutócico tienen lugar una secuencia de distintos fenómenos: contracciones uterinas rítmicas y coordinadas, modificación y dilatación del cuello uterino y descenso del feto a través del canal de parto. En cambio, **en un parto distócico, se produce un retraso, estorbo o limitación** en alguna de estas secuencias, lo que provoca que se prolongue en exceso y que se requiera la intervención médica para evitar riesgos en la salud de la mamá y del bebé. Los problemas o distocias **pueden tener un origen materno, fetal o de los anejos fetales** (placenta, cordón umbilical o líquido amniótico).

realizar inducción del parto por cesárea y por la presencia de polihidramnios, ante lo cual se avizora una falla en el servicio médico; por otra parte, las omisiones del HOSPITAL SAN RAFAEL consistente en dejar transcurrir demasiado tiempo para realizar la inducción al parto, lo que generó que el neonato falleciera in útero, pese a las advertencias de la gestante y a la urgencia de la sintomatología que presentaba, pues debió permanecer por más de 05 horas, esto es, desde las 12:00 m hasta aproximadamente las 05:27 pm sin ser intervenida quirúrgicamente de urgencia, tal y como debió realizarse el procedimiento, no esperando hasta que el neonato que ya se encontraba en su fase completa para nacer, falleciera dentro del útero de su madre.

11.- El neonato nace muerto el día 13 de junio de 2017 como consecuencia de las fallas médicas y omisiones del Hospital SAN RAFAEL; lo que indica que existió una grave negligencia e impericia por el personal del Hospital, que dio lugar al fallecimiento del nasciturus dentro útero, pues dados los signos de alarma tempranos que presentó la señora DANIELA CASTRO ORTEGA, no fueron atendidos a tiempo, lo que dio lugar al óbito fetal y a que se realizara el procedimiento de cesárea cuando ya había fallecido la criatura, procedimiento que demuestra la gravedad del estado en que se encontraba la joven madre debido a la omisión del personal médico, pues, conforme a las buenas condiciones en que se desarrolló su embarazo se esperaba un resultado positivo, pero las omisiones y la deficiente atención en la entidad de salud generaron en el lamentable suceso arriba referido, demostrando así una falla en el servicio.

12.- La muerte de la criatura es imputable a las entidades convocadas, porque la criatura falleció como consecuencia de haberse dejado superar el tiempo de gestación, cuando ya la criatura se hallaba completamente formada y preparada para vivir por fuera del vientre materno, pero en vez de inducirle el parto por cesárea debido a la macrosomía fetal, se esperó para practicarle la cesárea después de haberse dado el óbito fetal.

13.- La señora DANIELA CASTRO ORTEGA y su esposo DINAEL TOVAR ALVAREZ, así como sus seres queridos se encuentran perjudicados moralmente, en primer lugar su vida de pareja no es la misma ya no podrán vivir tranquilamente pensando que su anhelado hijo falleció in útero, además debido a la congoja y dolor, ya que no tienen estabilidad emocional, base para el desarrollo de sus proyectos de vida, aunque este dolor moral no causa detrimento económico si hacen agradable la existencia pero que con la perdida su ser querido estas personas no volverán a ser las mismas. El dolor moral por el que están pasando, es imposible de medir ya que ha causado un gran impacto emocional, dolor que es imposible de calcular, pues no podemos evaluar en qué cantidad ni mucho menos hasta que tiempo, lo que lógicamente nos lleva a pensar que este dolor durará toda la vida.

14.-El artículo 90 de la Constitución Política establece que el Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la

acción o la omisión de las autoridades públicas. En este caso, se produjo un daño antijurídico a mis mandantes quienes no estaban en la obligación legal de soportarlo.

15.- La responsabilidad de la administración ha producido muchos perjuicios a los solicitantes. En relación con la tasación del perjuicio, se debe tener en cuenta el artículo 16 de la ley 446 de 1998, el cual consagra que la indemnización debe ser integral.

16.- Las entidades solicitadas, no han indemnizado hasta la fecha a mis poderdantes, los perjuicios materiales, morales y daños a la vida de relación, que le fueron causados, por notorio daño antijurídico.

17.- Es evidente en el presente caso la realización de todos y cada uno de los elementos del daño antijurídico cuales son; a) la existencia de un daño en el patrimonio moral y económico de los poderdantes; b) La imputación de ese daño antijurídico por parte del Estado, con ocasión de la defectuosa prestación del servicio de salud de las entidades convocadas, c) la existencia de la relación de causalidad entre la actividad desarrollada (deficiente prestación de los servicios médicos y hospitalarios) y los perjuicios causados a los demandantes (imputabilidad para el Estado).

FUNDAMENTOS DE DERECHO:

Son aplicables las siguientes normas:
Artículos 1, 2, 13, 21, 47, 48 de la Constitución Política
Artículos 2341 y siguientes del código civil colombiano.
Ley 1437 de 2011

RAZONES DE DERECHO Y ANALISIS JURISPRUDENCIAL DE LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO

El artículo 2 de la Constitución Política dispone:

> ***"Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo. Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del***

Estado y de los particulares."

El artículo 90 de la CN, establece: ***"El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción, omisión de las autoridades públicas"***. Esa misma corporación desarrolló del citado mandato la teoría de la lesión o daño patrimonial.

La anterior norma constitucional destaca la existencia del daño antijurídico como fuente del derecho a obtener la reparación de perjuicios siempre que el mismo le sea imputable a una entidad estatal, dejando de lado el análisis de la conducta productora del hecho dañoso y su calificación como culposa o no, ello no obsta que la responsabilidad patrimonial del Estado se haya tornado de manera absoluta en objetiva, puesto que subsisten los diferentes regímenes de imputación de responsabilidad al Estado que de tiempo atrás han elaborado tanto la doctrina como la jurisprudencia, entre ellos **la falla del servicio o mal funcionamiento del mismo, el daño especial y el riesgo excepcional**. Sin embargo, sea uno u otro el régimen de imputación procedente, los elementos que lo conforman deben aparecer plenamente demostrados.

Dentro de los cometidos estatales, la misión médica en una Institución del Estado adquiere especial significación porque ella debe buscar con mayor celo la garantía a los asociados del derecho a la vida, máxime en Instituciones hospitalarias de nivel uno y dos en el que los elementos quirúrgicos y profesionales médicos excluyen cualquier relatividad en el cometido de prestar un servicio hospitalario adecuado y garantizar un acto médico quirúrgico con obligaciones de resultado como es el caso.[4]

Para la Institución hospitalaria surge la carga obligacional cuando el paciente ingresa a la misma; lo mismo ocurre con el médico cuando entra en contacto con un paciente enfermo. De ahí que surja una pluralidad de deberes y obligaciones que no puede ser distractor de la responsabilidad médica. Así, son deberes de la Institución hospitalaria los de ejecución, de información, de dotación de equipos adecuados y de organización y funcionamiento idóneo general. En cambio en el acto médico, son obligaciones específicas la elaboración del diagnóstico, la información y la elaboración exacta de la historia clínica, la práctica adecuada y cuidadosa de interrogatorios, la constancia escrita de datos relevantes expresados por el paciente o sus allegados y el no abandono del paciente o del tratamiento o su custodia adecuada hasta que sea dado de alta,[5] lo cual no ocurrió con la señora DANIELA CASTRO ORTEGA.

---

4 Sentencia del 11 de noviembre de 1999. Expediente 12165. Consejero Ponente: Doctor Jesús María Carrillo Ballesteros

5 Responsabilidad civil de los médicos. Bucres Alberto J., Editorial Hammurabi, de Palma Editores, segunda edición, 1992, página 89 y 160.

De ahí que en el presente caso se imponga hacer un análisis integral de la totalidad del contenido de la deficiente prestación médica padecida por la señora DANIELA CASTRO ORTEGA.

A este respecto ha dispuesto la jurisprudencia del Consejo de Estado:[6]

> ***"Es por lo anterior que, habida consideración de la complejidad de la relación jurídica resulta indispensable, de una parte, el análisis en concreto frente al caso – atendida la naturaleza de la patología, y de otra, las varias etapas o fases en que se proyecta la adecuada realización del acto médico complejo, con el propósito de individualizar, que prestaciones pueden encuadrarse en el rubro de mera actividad y cuáles otras exigen un resultado concreto dentro de toda la prestación médico asistencial. Esta exigencia se hace necesaria para evitar la tendencia a situar la totalidad de las prestaciones médicas como actividad de medios, es, que hay veces que perfilan claramente como típicas prestaciones de resultado: la obtención de un buen resultado en términos médicos, dependerá, en buena medida, de la adecuada realización de cada una de las etapas diferenciadas."***

Diferentes son los medios para hallar la verdad en materia de la prestación del servicio médico.

En primer lugar, se distingue entre el régimen de responsabilidad con ocasión de la organización y funcionamiento de la Institución hospitalaria del régimen de responsabilidad con ocasión del acto médico. El régimen de prueba de la falla en el primer régimen es el de la falla probada (o mejor a probar) y en el segundo régimen opera el de la falla presunta.

También en reciente jurisprudencia del Consejo de Estado se ha dispuesto que la presunción de falla en los casos de responsabilidad médica se deriva de la aplicación de la teoría de la carga dinámica de las pruebas y que por tanto esta presunción debe establecerse por el juez en cada caso concreto, de conformidad con la comprobación de la parte que esté en mejores condiciones de probar la falla o su ausencia.

Un diagnóstico acertado y una atención médica oportuna y adecuada, habrían detectado a tiempo el problema con que venía el feto y haber brindado el tratamiento oportuno y eficaz a su patología

El principio dinámico de la prueba ha trascendido la aplicación o la falla, para extenderse a la misma relación de causalidad, o nexo causal. En efecto, en algunos casos, la relación de causalidad queda probada cuando los elementos de juicio

6 Sentencias del 11 de noviembre de 1999. Expediente 12165 y 15 junio de 2000. Sección Tercera del Consejo de Estado

suministrados conducen a un grado suficiente de probabilidad. En este orden de ideas en el caso concreto concurre un régimen de responsabilidad del conjunto de la organización y funcionamiento del HOSPITAL SAN RAFAEL ESE SAN VICENTE DEL CAGUAN-CLINICA MEDILASER S.A, con la sucesiva y negligente actividad médica que finalmente determinaron el daño a la señora DANIELA CASTRO ORTEGA, a su bebe que estaba por nacer y el perjuicio a sus parientes.

PETICION DE PRUEBAS.

PETICION DOCUMENTALES POR MEDIO DE OFICIO.

A. Líbrese oficio al HOSPITAL SAN RAFAEL ESE SAN VICENTE DEL CAGUAN para que remita copia íntegra y legible de la historia clínica registrada a nombre de la señora DANIELA CASTRO ORTEGA identificada con cedula de ciudadanía No 1.006.518.059.

B. Líbrese oficio al CLINICA MEDILASER S.A DE FLORENCIA para que remita copia íntegra y legible de la historia clínica registrada a nombre de la señora DANIELA CASTRO ORTEGA identificada con cedula de ciudadanía No 1.006.518.059.

En el evento de que la documentación solicitada repose en otra dependencia, favor remitir los respectivos oficios a la oficina donde corresponda.

Me reservo el derecho de adjuntar las pruebas, antes o después de librados los oficios.

PRUEBA PERICIAL

Solicito a la señora Juez se oficie al INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIA FORENSE de la ciudad de Bogotá o en su defecto a la UNIVERSIDAD CES, ubicada en la calle 10 A No 22-04 de Medellín para que con base en el escrito de la demanda y con base en las historias clínicas aportadas y las allegadas de la señora DANIELA CASTRO ORTEGA como de su bebe se responda el cuestionario que formularé una vez se ordene su práctica con relación a los servicios y atención medica brindada a la misma.

PRUEBAS DOCUMENTALES QUE SE PRETENDE HACER VALER

1. Copia autentica del Registro Civil de defunción del menor hijo de DANIELA CASTRO ORTEGA y DINAEL TOVAR ALVAREZ. **2 Folios.**
2. Copia autentica de los Registros Civiles de nacimiento de mis poderdantes, lo anterior para efectos de parentesco. **6 Folios.**
3.- Copia de la Historia clínica abierta en el HOSPITAL SAN RAFAEL de San Vicente del Caguan. **4 Folios.**

4. Copia de la Historia clínica abierta en la CLÍICA MEDILASER de Florencia.

COMPETENCIA

Es usted competente señor Juez, para darle tramite a esta demanda por la cuantía, por la naturaleza de la entidad demandada, así como por el lugar de domicilio de la entidad demandada y la naturaleza del asunto.

OPORTUNIDAD

De conformidad con el artículo 164 del CPACA literal i, el medio de control de Reparación directa no ha caducado, tal como se demuestra con los documentos que anexo, pues de conformidad con la constancia expedida por la Procuraduría 71 Judicial Administrativa de Florencia, la solicitud de conciliación prejudicial fue presentado el día 13 de junio de 2019, quedando suspendido el termino de caducidad hasta el día 02 de septiembre de 2019 fecha en que se celebró la audiencia de conciliación, quedando agotado el requisito de procedibilidad.

MANIFESTACIÓN

Bajo la gravedad del juramento me permito manifestar que ni los peticionarios ni el suscrito hemos adelantado o iniciado proceso judicial alguno, sin encontrarse alguno en trámite, o presentada solicitud de conciliación prejudicial por los mismos hechos y con las mismas pretensiones de esta petición.

CUANTIA

En virtud a lo establecido en el artículo 157 del CPACA, estimo la cuantía a la fecha de presentación de la DEMANDA en más de 100 SLMMV o el equivalente a ($82.811.600), resultantes de los perjuicios materiales como mayor pretensión solicitada a favor de DANIELA CASTRO ORTEGA, la cuantía se da únicamente para establecer la competencia.

Lo anterior sin perjuicio de los montos indemnizatorios que se encuentran razonadamente estimados en el acápite de PRETENSIONES, recordando que no existe en el ordenamiento jurídico norma alguna que limite la petición de estos, ni que establezca fórmulas matemáticas para cuantificar los mismos según la subjetividad del dolor y padecimientos de cada demandante.

ANEXOS

Con la demanda presento los siguientes documentos;

1.- Documentos relacionados en la parte DOCUMENTALES- RELACION DE MEDIOS PROBATORIOS DE ESTA DEMANDA.

2.- Poderes debidamente conferidos.
3.- copia de la demanda y anexos para el Archivo del despacho.
4- un (1) CD contentivo de la demanda en formato PDF.

De conformidad a lo estipulado en el art. 215 de la Ley 1437 de 2011, Código Contencioso Administrativo, que a la letra dice: "VALOR PROBATORIO DE LAS COPIAS. Se presumirá, salvo prueba en contrario, que las copias tendrán el mismo valor del original cuando no hayan sido tachadas de falsas, para cuyo efecto se seguirá el trámite dispuesto en el Código de Procedimiento Civil."

NOTIFICACIONES

PARTE DEMANDADA

1.- El HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E. recibe notificaciones en la calle 5 N° 3-38 San Vicente del Caguán. Tel. (8) 4644101. Correo electrónico info@hospitalsanrafael.gov.co

2.- la CLÍNICA MEDILASER S.A recibe notificaciones en la Calle 6 # 14A-55 Barrio Juan XXIII Florencia - Caquetá. Tel: **4366000**

3. El Grupo de Conciliación de la Dirección de Defensa Jurídica del Estado, recibe notificaciones en la Carrera 7 No. 75-66 Piso 1 y 2, Bogotá D.C. Tel: (091)2558933 - 091-2558933 o al Correo Electrónico: conciliaextrajudicial@defensajuridica.gov.co

PARTE DEMANDANTE

Al suscrito y a los demandantes en la secretaría del despacho o en la Calle 17 No 6-100 B/ siete agosto de Florencia o al correo electrónico ***silmur3@Hotmail.com***.cel 3203015146.

Respetuosamente

JAIME ANDRES SILVA MURCIA
CC. 6.254.424 de Cali-Valle
T.P. 161.195 del C.S.J.

ABOGADOS ASOCIADOS
ESPECIALISTA DERECHO ADMINISTRATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
LUIS FRANCISCO CAMACHO FONSECA
NOTARIO UNICO DEL CIRCULO NOTARIAL
DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DEL CAGUAN

Señores
JUZGADOS ADMINISTRATIVOS DEL CIRCUITO
FLORENCIA CAQUETA (REPARTO)
E. S. D.

Asunto: Otorgamiento Poder

DANIELA CASTRO ORTEGA, mayor de edad y residente en esta ciudad, obrando en nombre propio y en representación de mi menor hija KAREN JULIETH TOVAR CASTRO, comedidamente manifiesto a usted que confiero PODER ESPECIAL, AMPLIO, SUFICIENTE como abogado principal al Doctor **JHON JAIRO JARA CUELLAR**, mayor de edad, abogado en ejercicio, identificado con la Cédula de Ciudadanía número **17.645.622** expedida en Florencia, portador de la Tarjeta Profesional número **131.229** del Consejo Superior de la Judicatura y al Doctor **JAIME ANDRES SILVA MURCIA** actuando como abogado sustituto identificado con la Cédula de Ciudadanía número **6.254.424** expedida en Cali-valle, portador de la tarjeta profesional número **161.195** del Consejo Superior de la Judicatura, para que en mi nombre y representación, inicie y lleve hasta su terminación demanda de REPARACION DIRECTA, contra HOSPITAL SAN RAFAEL ESE de San Vicente del Caguán, con el fin de obtener la indemnización de todos los perjuicios morales, materiales y daño a la salud o de vida relación que se me causo como consecuencia de la muerte de mi bebe que estaba por nacer el día 13 de junio de 2017, de acuerdo a los hechos y pretensiones que se servirá mis apoderados precisar en la respectiva demanda.

En consecuencia, mis apoderados quedan ampliamente facultados de acuerdo a lo estipulado en los artículos 74, 75, 76, 77 del Código General del Proceso y en especial para, fijar las pretensiones, Notificarse de decisiones judiciales, **CONCILIAR,** solicitar, recibir, desistir, sustituir, renunciar y reasumir este mandato, interponer recursos y excepciones, pedir y presentar pruebas y en general, hacer todo lo que la Ley le autorice en defensa de mis intereses, de tal manera que en ningún momento puede decirse que mi apoderado carece de poder suficiente. De igualmente queda expresamente facultado con este poder para iniciar proceso ejecutivo para el cumplimiento de la sentencia, presentar la cuenta de cobro ante la entidad respectiva y gestionar el pago.

Ruego reconocer personería jurídica a los profesionales del derecho en los términos del poder conferido.

Atentamente,

Daniela Castro Ortega
DANIELA CASTRO ORTEGA
CC. No 1.006.518.059 San Vicente del Caguan

Aceptamos:

JHON JAIRO JARA CUELLAR
CC. 17.645.622 Florencia
T.P. 131.229 C.S.J.

JAIME ANDRES SILVA MURCIA
CC.6.254.424 Cali
T.P.161.195 del C.S.J.

Calle 17 No. 6-100 B/ Siete agosto - Florencia Caquetá
Silmur3@gmail.com

DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL

Artículo 2.2.6.1.2.4.1 del Decreto 1069 de 2015

23619

En la ciudad de San Vicente Del Caguán, Departamento de Caquetá, República de Colombia, el siete (07) de mayo de dos mil diecinueve (2019), en la Notaría Única del Círculo de San Vicente Del Caguán, compareció:

DANIELA CASTRO ORTEGA, identificado con Cédula de Ciudadanía/NUIP #1006518059, presentó el documento dirigido a PODER y manifestó que la firma que aparece en el presente documento es suya y acepta el contenido del mismo como cierto.

Daniela Castro Ortega

-------- Firma autógrafa --------

3gz34nbzpwl7
07/05/2019 - 13:56:07:711

Conforme al Artículo 18 del Decreto-Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

LUIS FRANCISCO CAMACHO FONSECA
Notario Único del Círculo de San Vicente Del Caguán

Consulte este documento en www.notariaseguro.com.co
Número Único de Transacción: 3gz34nbzpwl7

REPUBLICA DE COLOMBIA
LUIS FRANCISCO CAMACHO FONSECA
NOTARIO UNICO DEL CIRCULO NOTARIAL
DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DEL CAGUAN

LUIS FRANCISCO CAMACHO FONSECA
NOTARIO UNICO DEL CIRCULO NOTARIAL
DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DEL CAGUAN

ABOGADOS ASOCIADOS
ESPECIALISTA DERECHO ADMINISTRATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
LUIS FRANCISCO CAMACHO FONSECA
NOTARIO UNICO DEL CIRCULO NOTARIAL
DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DEL CAGUAN

Señores
JUZGADOS ADMINISTRATIVOS DEL CIRCUITO
FLORENCIA CAQUETA (REPARTO)
E. S. D.

Asunto: Otorgamiento Poder

DINAEL TOVAR ALVAREZ, mayor de edad y residente en esta ciudad, obrando en nombre, comedidamente manifiesto a usted que confiero PODER ESPECIAL, AMPLIO, SUFICIENTE como abogado principal al Doctor **JHON JAIRO JARA CUELLAR**, mayor de edad, abogado en ejercicio, identificado con la Cédula de Ciudadanía número **17.645.622** expedida en Florencia, portador de la Tarjeta Profesional número **131.229** del Consejo Superior de la Judicatura y al Doctor **JAIME ANDRES SILVA MURCIA** actuando como abogado sustituto identificado con la Cédula de Ciudadanía número **6.254.424** expedida en Cali-valle, portador de la tarjeta profesional número **161.195** del Consejo Superior de la Judicatura, para que en mi nombre y representación, inicie y lleve hasta su terminación demanda de REPARACION DIRECTA, contra HOSPITAL SAN RAFAEL ESE de San Vicente del Caguán, con el fin de obtener la indemnización de todos los perjuicios morales, materiales y daño a la salud o de vida relación que se me causo como consecuencia de la muerte de mi hijo que estaba por nacer el día 13 de junio de 2017, de acuerdo a los hechos y pretensiones que se servirá mis apoderados precisar en la respectiva demanda.

En consecuencia, mis apoderados quedan ampliamente facultados de acuerdo a lo estipulado en los artículos 74, 75, 76, 77 del Código General del Proceso y en especial para, fijar las pretensiones, Notificarse de decisiones judiciales, **CONCILIAR,** solicitar, recibir, desistir, sustituir, renunciar y reasumir este mandato, interponer recursos y excepciones, pedir y presentar pruebas y en general, hacer todo lo que la Ley le autorice en defensa de mis intereses, de tal manera que en ningún momento puede decirse que mi apoderado carece de poder suficiente. De igualmente queda expresamente facultado con este poder para iniciar proceso ejecutivo para el cumplimiento de la sentencia, presentar la cuenta de cobro ante la entidad respectiva y gestionar el pago.

Ruego reconocer personería jurídica a los profesionales del derecho en los términos del poder conferido.

Atentamente,

DINAEL TOVAR ALVAREZ
CC. No 17.775.762 San Vicente del Caguan

Aceptamos:

JHON JAIRO JARA CUELLAR
CC. 17.645.622 Florencia
T.P. 131.229 C.S.J.

JAIME ANDRES SILVA MURCIA
CC.6.254.424 Cali
T.P.161.195 del C.S.J.

Calle 17 No. 6-100 B/ Siete agosto - Florencia Caquetá
Silmur3@gmail.com

DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL

Artículo 2.2.6.1.2.4.1 del Decreto 1069 de 2015

23639

En la ciudad de San Vicente Del Caguán, Departamento de Caquetá, República de Colombia, el siete (07) de mayo de dos mil diecinueve (2019), en la Notaría Única del Círculo de San Vicente Del Caguán, compareció:

DINAEL TOVAR ALVAREZ, identificado con Cédula de Ciudadanía/NUIP #0017775762, presentó el documento dirigido a PODER y manifestó que la firma que aparece en el presente documento es suya y acepta el contenido del mismo como cierto.

-------- Firma autógrafa --------

8id4p4gkxon8
07/05/2019 - 16:09:46:774

Conforme al Artículo 18 del Decreto-Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

LUIS FRANCISCO CAMACHO FONSECA
Notario Único del Círculo de San Vicente Del Caguán

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: 8id4p4gkxon8

REPÚBLICA DE COLOMBIA
LUIS FRANCISCO CAMACHO FONSECA
NOTARIO UNICO DEL CIRCULO NOTARIAL
DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DEL CAGUAN

CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL

PROCURADURÍA 71 JUDICIAL I PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS

Radicación N.° 968 de 13 de junio de 2019

Convocante (s): DANIELA CASTRO ORTEGA Y OTROS

Convocado (s): ESE SAN RAFAEL SAN VICENTE DEL CAGUAN - CLINICA MEDILASER S.A.

Medio de Control: REPARACIÓN DIRECTA

En los términos del artículo 2.° de la Ley 640 de 2001, en concordancia con lo dispuesto en el numeral 6.° del artículo 2.2.4.3.1.1.9 del Decreto 1069 de 2015[1], el Procurador 71 Judicial I para Asuntos Administrativos expide la siguiente

CONSTANCIA

1. Mediante apoderado, el convocante DANIELA CASTRO ORTEGA Y OTROS, conforme las pretensiones que se trascriben a continuación, presentó solicitud de conciliación extrajudicial el día 13 de junio del 2019, convocando a la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE SAN VICENTE DEL CAGUAN – CLINCA MEDILASER S.A.

2. Audiencia de Conciliación Prejudicial solicitado por **DANIELA CASTRO ORTEGA Y OTROS**; quien a través de apoderada judicial Dr. JAIME ANDRES SILVA MURCIA, presentan solicitud de Conciliación Prejudicial para que se convoque a la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL SAN VICENTE DEL CAGUAN – CLINICA MEDILASER S.A., con el fin de obtener *"Administrativa y patrimonialmente responsable de los perjuicios materiales, morales y de placer o daño a la salud o vida relación a causa de la muerte cuando estaba en el proceso de parto, como consecuencia de la omisión y falla en la prestación de servicio de salud ocurrido el 13 de junio de 2017."* Las pretensiones son las siguientes:

PRETENSIONES

PRIMERA.- *Declarar administrativa y patrimonialmente responsable a HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E DE SAN VICENTE DEL CAGUAN,-CLINICA MEDILASER S.A DE FLORENCIA de los perjuicios materiales, morales y de placer o daño a la salud o vida relación, sufridos por mis poderdantes, por la muerte de su hija, hermana, cuando estaba por nacer en el proceso de parto, como consecuencia de la OMISION Y FALLA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD ocurrido el 13 de junio de 2017.*

[1] *Decreto 1069 del 26 de mayo de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho". Antiguo artículo 9° del Decreto 1716 de 2009.*

SEGUNDO.- *Como consecuencia de lo anterior, se llegue a un acuerdo con el HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E DE SAN VICENTE DEL CAGUAN,-CLINICA MEDILASER S.A DE FLORENCIA a pagar por* ***PERJUICIOS MORALES*** *consistentes en la angustia, dolor, aflicción, tristeza, zozobra, depresión por causa del lamentable fallecimiento del menor hijo de DANIELA CASTRO ORTEGA y DINAEL TOVAR ALVAREZ, para cada uno de los convocantes las siguientes sumas de dinero o lo máximo reconocido por la jurisprudencia del Consejo de Estado para estos casos:*

	CONVOCANTE	PARENTESCO	PRETENSION
1	DINAEL TOVAR ALVAREZ	Padre o tercero damnificado	100 SMMLV
2	DANIELA CASTRO ORTEGA	Madre o tercero damnificado	100 SMMLV
3	KAREN JULIETH TOVAR CASTRO	Hermana o tercero damnificado	50 SMMLV
4	MARGARITA ALVAREZ	Abuela o tercero damnificado	50 SMMLV
5	DANIEL TOVAR PLAZAS	Abuelo o tercero damnificado	50 SMMLV
6	BELCY ORTEGA GOMEZ	Abuela o tercero damnificado	50 SMMLV
7	JAIRO CASTRO MANJARREZ	Abuelo o tercero damnificado	50 SMMLV
	TOTAL		**450**

TERCERO.- *Se llegue a un acuerdo con el HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E DE SAN VICENTE DEL CAGUAN,-CLINICA MEDILASER S.A DE FLORENCIA a reconocer y pagar a favor de DANIELA CASTRO ORTEGA y DINAEL TOVAR ALVAREZ los perjuicios materiales traducidos como DAÑO EMERGENTE con motivo de los gastos funerarios que tuvieron que sufragar para darle una cristiana sepultura a su menor hijo la suma de dinero que se establece en $1.300.000.*

CUARTO.- *Que se llegue a un acuerdo con el HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E DE SAN VICENTE DEL CAGUAN,-CLINICA MEDILASER S.A DE FLORENCIA, a reconocer y pagar a favor de los convocantes a reconocer y pagar por perjuicios* ***A LA VIDA RELACION O DAÑO A LA SALUD****, traducido como alteraciones al nivel del comportamiento y desempeño de las personas dentro de su entorno social, familiar y cultural que hacía más grata la forma de convivencia con los demás, y que para el caso concreto se refleja en la vulneración de los derechos CONSTITUCIONALES Y CONVENCIONALES como lo son: la vida, la familia, la salud, la intimidad, derecho de la mujer y del niño, con motivo de la muerte del menor que estaba por nacer se solicita para cada uno de los convocantes las*

siguientes sumas de dinero o lo máximo reconocido por la jurisprudencia del Consejo de Estado para estos casos:

	CONVOCANTE	PARENTESCO	PRETENSION
1	DINAEL TOVAR ALVAREZ	Padre o tercero damnificado	100 SMMLV
2	DANIELA CASTRO ORTEGA	Madre o tercero damnificado	100 SMMLV
3	KAREN JULIETH TOVAR CASTRO	Hermana o tercero damnificado	50 SMMLV
4	MARGARITA ALVAREZ	Abuela o tercero damnificado	50 SMMLV
5	DANIEL TOVAR PLAZAS	Abuelo o tercero damnificado	50 SMMLV
6	BELCY ORTEGA GOMEZ	Abuela o tercero damnificado	50 SMMLV
7	JAIRO CASTRO MANJARREZ	Abuelo o tercero damnificado	50 SMMLV
	TOTAL		**450**

QUINTO.- *Las anteriores sumas dinerarias se deben actualizar de acuerdo a la variación del Índice de Precios al Consumidor IPC certificadas por el DANE desde que se hizo exigible su pago hasta la fecha del auto que apruebe la conciliación.*

SEXTO.- *Las sumas anteriores se ajustarán a la fecha del auto que apruebe la conciliación. Además, se ejecutará y devengará los intereses conforme lo señala los arts 192 y s,s, del C.P.A.C.A.*

SEPTIMO: *Para el cabal cumplimiento de lo dispuesto en los referidos artículos del C. C. A se expedirán las copias de la sentencia o conciliación con constancias de ejecutoria, y de los poderes vigentes, con destino al ente demandado y a los actores, haciendo precisión sobre cual o cuales de las copias resultan idóneas para la efectividad de los derechos reconocidos (artículo 115 C. P. C).*

OCTAVO- *Que se condene en costas y agencia en derecho a la entidad demandada conforme a lo establecido en el artículo 365 CGP. (SIC)*

Como requisito de procedibilidad de la acción la parte convocante estima la cuantía de sus pretensiones a la fecha de presentación de la solicitud en suma equivalente a ($746.604.400) M/CTE.

3. El día de la audiencia celebrada el 03 de septiembre del 2019, la conciliación se declaró fallida ante la imposibilidad de llegar a un acuerdo, por no existir ánimo conciliatorio de las partes.

4. De conformidad con lo anteriormente expuesto, se da por agotado el requisito de procedibilidad exigido para acudir a la jurisdicción de lo contencioso administrativo, de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 35 y 37 de la Ley 640 de 2001, en concordancia con lo establecido en el artículo 161 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo – CPACA.

5. En los términos de la Ley 640 de 2001, en concordancia con lo establecido en el Decreto 1069 de 2015, se devolverán a la parte convocante los documentos aportados con la conciliación.

Dada en Florencia - Caquetá, a los tres (03) días del mes de septiembre del año 2019.

FABIO ANDRES DUSSAN ALARCON
Procurador 71 Judicial I para Asuntos Administrativos

21

19

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.117.806.084**

TOVAR CASTRO

APELLIDOS

KAREN JULIETH

NOMBRES

Karen Julieth Tovar Castro

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-JUN-2004**

SAN VICENTE DEL CAGUAN
(CAQUETA)

LUGAR DE NACIMIENTO

29-JUN-2022 **A+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

01-DIC-2016 SAN VICENTE DEL CAGUAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-4401000-00677328-F-1117806084-20170111 0053092542A 4 8094213441

22

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17.775.762
TOVAR ALVAREZ
APELLIDOS
DANIEL
NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO 22-MAY-1984
SAN VICENTE DEL CAGUAN
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

15-SEP-2003 SAN VICENTE DEL CAGUAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4501000-0105148-2-0017775762-20030424 0011036370A 1 23775569

REGISTRO CIVIL
Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

8 4 0 5 2 2

1838682

OFICINA REGISTRO CIVIL
③ Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.): NOTARIA UNICA = = = = =
④ Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría: SAN VICENTE DEL CAGUAN CAQUETA
⑤ Código:

SECCION GENERICA

INSCRITO
⑥ Primer Apellido: TOVAR = = = =
⑦ Segundo Apellido: ALVAREZ = = =
⑧ Nombres: DINAEL = = = = = = = = = = = = =

SEXO
⑨ Masculino o Femenino: MASCULINO = = =
⑩ Masculino X Femenino

FECHA DE NACIMIENTO
⑪ Día: 22
⑫ Mes: MAYO
⑬ Año: 1.984

LUGAR DE NACIMIENTO
⑭ País: COLOMBIA
⑮ Dpto. Int. o Comis.: CAQUETA
⑯ Municipio: SAN VICENTE DEL CAGUAN.

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO
⑰ Clínica, hospital, dispensario, casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: HOSPITAL REGIONAL =
⑱ Hora: 12:10PM
⑲ Documento antecedente (Cert. Médico, Acta Parroquial etc.): BAUTISMO = = = =
⑳ Nombre del profesional que certificó: = = = = = = = = = = = = = =
㉑ No. licencia: = = = =

MADRE
㉒ Apellidos (de soltera): ALVAREZ = = = = = = = = = =
㉓ Nombres: MARGARITA = = = = = = = =
㉔ Edad actual: 30
㉕ Identificación (clase y número): cc#26.644.973- San Vicente Cqtá
㉖ Nacionalidad: COLOMBIANA
㉗ Profesión u oficio: HOGAR

PADRE
㉘ Apellidos: TOVAR PLAZAS = = = = = = = =
㉙ Nombres: DANIEL = = = = = = = = =
㉚ Edad actual: 31
㉛ Identificación (clase y número): cc#17.670.313- San Vicente Cqtá
㉜ Nacionalidad: COLOMBIANA
㉝ Profesión u oficio: CONDUCTOR

DENUNCIANTE
㉞ Identificación (clase y número): cc#17.670.313- San Vicente Cqtá.
㉟ Firma autógrafa: Daniel Tovar
㊱ Dirección postal y municipio: BARRIO BELLA VISTA (SAN VICENTE)
㊲ Nombre: DANIEL TOVAR PLAZAS

TESTIGOS
㊳ Identificación (clase y número): x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x
㊴ x x x x x x x x x x x x
㊵ Domicilio (Municipio): x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x
㊶ x x x x x x x x x x x x x
㊷ Identificación (clase y número): x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x
㊸ x x x x x x x x x x x x x
㊹ x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x

FECHA DE INSCRIPCION
(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)
㊻ Día: 28
㊼ Mes: ENERO
㊽ Año: 1.994

NOTARIO

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

VALIDO PARA: IDENTIFICACION .-

COMO NOTARIA UNICA DEL CIRCULO, CERTIFICO
QUE ESTA FOTOCOPIA CORRESPONDE AL
ORIGINAL QUE TUVE A LA VISTA.
11 FEB 2000
SAN VICENTE DEL CAGUAN

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA UNICA DE SAN VICENTE
DEL CAGUAN CAQUETA

ESTE REGISTRO CIVIL TIENE
VALIDEZ PERMANENTE

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial: 34562347

NUIP: 1680255174

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina: Registraduría: X | Notaría: | Número: | Consulado: | Corregimiento: | Inspección de Policía: | Código: 8

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e Inspección de Policía: COLOMBIA CAQUETA SAN VICENTE DEL CAGUAN

Datos del inscrito — Primer Apellido: CARDO — Segundo Apellido: ORTIZA — Nombre: DERLIZA — Sexo (en letras): FEMENINO

Fecha de nacimiento: Año 1989 Mes FEB Día 12

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e Inspección): COLOMBIA CAQUETA SAN VICENTE DEL CAGUAN

Tipo de documento antecedente o declaración de testigo: TESTIGOS — Número certificado de nacimiento:

Datos de la madre — Apellidos y nombre completos: GLADIS GOMEZ BALCI — Nacionalidad: COLOMBIANA

Documento de identificación (Clase y número): C.C No. 40.717.025 FLORENCIA (CAQUETA)

Datos del padre — Apellidos y nombre completos: CASTO MANJARRES JALO — Nacionalidad: COLOMBIANO

Documento de identificación (Clase y número): C.C No. 17.639.839 FLORENCIA (CAQUETA)

Declarante — Apellidos y nombre completos: CASTO MANJARRES JALO — Firma: Jairo castro

Documento de identificación (Clase y número): C.C No. 17.639.839 FLORENCIA (CAQUETA)

Datos primer testigo — Apellidos y nombre completos: JOZADA SANCHEZ BLANCA MIRIA — Firma: Miriyo Jozada

Documento de identificación (Clase y número): C.C No. 40.691.296 SAN VICENTE DEL CAGUAN (CAQUETA)

Datos segundo testigo — Apellidos y nombre completos: CARDOZO EVAN RAFUEL — Firma:

Documento de identificación (Clase y número): C.C No. 17.702.179 PUERTO RICO (CAQUETA)

Fecha de inscripción: Año 2002 Mes DIC Día 11

Nombre y firma del funcionario que autoriza: MARINA GUTIERREZ ORTEGA (2).

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Se realiza corrección al NUIP mediante Resolución No. 014 del 04 de Noviembre de 2003, suscrita por el Registrador Municipal del Estado Civil Encargado.

OFICINA PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NIP O NUIP 1117806084

COPIA REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

FOLIO O INDICATIVO SERIAL	TOMO	DEPARTAMENTO - MUNICIPIO DE INSCRIPCION	FECHA DE INSCRIPCION	DIA	MES	AÑO
No. 38741617		CAQUETA - SAN VICENTE DEL CAGUAN		19	AGO	2004

INSCRITO	TOVAR CASTRO		NOMBRES KAREN JULIETH			M	F X
LUGAR DE NACIMIENTO	PAIS COLOMBIA	DEPARTAMENTO CAQUETA	MUNICIPIO SAN VICENTE DEL CAGUAN	FECHA DE NACIMIENTO	DIA 29	MES JUN	AÑO 2004
MADRE	APELLIDOS CASTRO ORTEGA		NOMBRES DANIELA				
IDENTIFICACION	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx		NACIONALIDAD COLOMBIANA				
PADRE	APELLIDOS TOVAR ALVAREZ		NOMBRES DINAEL				
IDENTIFICACION	C.C No. 17.775.762		NACIONALIDAD COLOMBIANA				
DENUNCIANTE	APELLIDOS xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx		NOMBRES xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx				
IDENTIFICACION	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx		NACIONALIDAD xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx				
DOCUMENTO ANTECEDENTE	xxxxxxxxxxxxxxxxx		SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO,(ART.115 DL.1260/70)				
NOTA	RH: A+		A SOLICITUD DE DINAEL TOVAR ALVAREZ IDENTIFICADO CON C.C.No. 17.775.762 SAN VICENTE DEL CAGUAN				

REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL DE : SAN VICENTE DEL CAGUAN 19- AGOSTO DE 2004

Excento de sello según Ar. 11 Decreto 2150/95

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION

MARTHA OLIVA ORTIZ CASTILLO

Nombre del Registrador Municipal (E.)

Firma y Sello

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.006.518.059

CASTRO ORTEGA
APELLIDOS

DANIELA
NOMBRES

DANIELA CASTRO
FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-FEB-1989
SAN VICENTE DEL CAGUAN
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

06-JUN-2007 SAN VICENTE DEL CAGUAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-4401000-67184011-F-1006518059-20071011 0082807284M 02 254729904

Código: F-SGC- OG- 0082	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL	
Fecha de Aprobación:1 de septiembre de 2008	CARTAS Y OFICIOS	
Versión: Uno		

G-ESE-HSR-1012
San Vicente del Caguán, 05 de septiembre de 2017

Señora
DANIELA CASTRO ORTEGA
C.C. 1006518059
San Vicente de Caguan

ASUNTO: Respuesta oficio solicitud de Historia Clínica

Cordial Saludo,

Teniendo en cuenta la Resolución 1995 de 1999 por la cual se establece normas para el manejo dela Historia Clínica y en el Artículo 14.- Acceso a la Historia Clínica. Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la ley:

1) el usuario.
2) El Equipo de Salud.
3) Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.
4) Las demás personas determinadas en la ley.

PARAGRAFO. El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

Por lo anterior me permito adjuntar fotocopia de la Historia Clínica de **DANIELA CASTRO ORTEGA**, identificada con cedula de ciudadanía 1.006.518.059, para su conocimiento y fines pertinentes. Adjunto 104 folios

Sin otro particular,

Atentamente,

MARLON MAURICIO MARROQUIN GONZALEZ
Gerente

Código: F-SGC-MCI-0060 Fecha de Aprobación:1 de septiembre de 2008 Versión: Uno	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL MEMORANDO DE COMUNICACIÓN INTERNA	

MEMORANDO DE COMUNICACIÓN INTERNA

No.	**059**
FECHA:	06 DE SEPTIEMBRE 2017
DE:	VENTANILLA UNICA Y ARCHIVO CENTRAL
PARA:	COORDINACION ADMINISTRATIVA
ASUNTO:	RESPUESTA OFICIO 02214 SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA

Cordial saludo

Comedidamente me dirijo a usted con el fin de dar respuesta a la solicitud radicada, copia historia clínica de DANIELA CASTRO ORTEGA, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.006.518.059

Por lo anterior se anexa (104) folios.

Gracias por la atención prestada

Laura Florez Molano

LAURA LIZETH FLOREZ MOLANO
Auxiliar Administrativa

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS - 408

29.

ATENCION GENERAL

HOJA Nº

A- IDENTIFICACION

1er. Apellido	2do. Apellido (o de casada)	Nombres	Nº HISTORIA CLINICA
Cooto		Ado	

EDAD (AÑOS MESES DIAS)	SEXO	Servicio	Sala o cuarto	Nº DE Cama
	H ☐ M ☐			

B- ORDENAMIENTO

A-FECHA (DIA, MES, AÑO)
B-ANAMNESIS:
1_MOTIVO DE CONSULTA
2_ENFERMEDAD ACTUAL
3_ANTECEDENTES FAMILIARES
4-ANTECEDENTES PERSONALES
a)FISIOLOGICOS b)PATOLOGICOS c)QUIRURGICOS d)GINECO-OBSTETRICOS e)MENTALES f)VACUNACIONES g)TOXICO ALERGICAS h)TRANSFUSIONES I) TRAUMATICOS
C_REVISION POR SISTEMAS

D_EXAMEN FISICO
1_SIGNOS VITALES: PESO, TALLA PULSO, RESPIRACION, TEMPERATURA PRESION ARTERIAL
2_ESTADO GENERAL
3_PIEL Y SUBCUTANEO
4_CABEZA: OJOS, OIDOS, NARIZ Y GARGANTA
5_CUELLO
6_APARATO RESPIRATORIO
7_APARATO CARDIO VASCULAR
8_APARATO GASTRO-INTESTINAL
9_APARATO GENITO-URINARIO
10_EXAMEN GINECOLOGICO
11_TACTO RECTAL
12_APARATO LOCOMOTOR
13_EXAMEN NEUROLOGICO
14_EXAMEN GANGLIONAR
E_IMPRESION DIAGNOSTICA O DIAGNOSTICO DEFINITIVO
F_PRONOSTICO
G_CONDUCTA A SEGUIR
H_FIRMA Y CODIGO DEL MEDICO QUE PRESTA LA ATENCION

3698 Glu 9a T 36°c
1+27 peso 26
IMA
(M)
10-8-98. Edad. 10 años.
T° 36 °C. Peso 27 kg. Talla 125 cm.
Dx:

74

27 8 98 edad 9 a T° 36,7°C
8712 peso 26
MCyEA: De ± 4 hs tos excluye.
Tos con espectoración punkto.
Ate (→)
ETF: BVB, ABB, hilt L
CyC: Normal
CIP: Ronus y uso de sonidores
Abd: Normal

Dra: Bergeto Argüello

P/: NNB

3 v/09 edad = 10 P=30 K 35,8°C

Dr ①: Sd gripal sin antecedentes
② Sx gripal grave?

P/ → Anoxacilina
→ NNB
→ Acetaminofen
→ Control por gripe en
ambos

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUB-SISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS 409

EVOLUCION

HOJA No. _____

A. IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Castro	Ortega	Ana Julia	0 1 4 1 5 9

EDAD			SEXO				
15			H ☐	M ☒			
Años	Meses	Días			SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA

B - ORDENAMIENTO

1. Información dada por el paciente. 2. Signos Vitales. 3. Hallazgos más importantes. 4. Complicaciones. 5. Diagnostico presuntivo 6. diagnostico Definitivo. 7. Tratamiento. 8. Resultados del Tratamiento. 9. Cambios en el manejo del paciente. 10. Observaciones. 11. Firma y código de la persona que presta la atención.

FECHA DIA	MES	AÑO	DETALLE
28	06	04	
	16:30		MC: Paciente traida por promotora por "actividad uterina aumentada".
			RHS: Movimientos fetales: (+) Sangrado: (-) Amniorrexis (-) Vaginosis: (-)
			Antecedentes: - G1 P0 FUM: 27/09/03 FPP: 04/07/04
			- Embarazo de 39 1/7 x FUR
			- Ecografia 14/07/04
			- Embarazo de 32.3 - hoy 38.3
			- Placenta parietal fundica GI/III
			- CPN: (+)
			Examen Físico: consciente, hidratada 110/70 FC: 75x'
			P: 59 kg T: 36°C Ex: mucosas humedas rosadas
			Sp: Campos pulmonares limpios
			Abdomen: AU: 34 Feto unico vivo longitudinal
			cefalico dorso izquierdo FCF: 144x' - 144x'
			TV: D: permeable 1 dedo a cavidad B: 50%
			cefalico, miembros inferiores
			Extremidades: Rot: ++/+++ No edemas
			Dx: ① Embarazo a termino
			② Presunto ut trabajo de parto latente
			③ Feto unico vivo
			P/ S/r monitoreo fetal, signos de alarma, formula control estricto.

HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL
San Vicente del Caguán
Servicio de Urgencias

16

FECHA DIA	MES	AÑO	DETALLE
28	06	04	Monitoreo fetal. - Reactivo
		18:00	- L.B: 140x'
			- Variabilidad 130x' - 160x'
			- No desaceleraciones
			- No actividad
			P/ Signos de alarma, control estricto.
28	06	04	Valoración
		22:30	S/ - Aumento de actividad uterina 3-4/10min
			- Movimientos fetales (+)
			- Amniorrexis (-)
			- Sangrado (-)
			- Vasoespasmo (-)
			O/ Activa, hidratada, consciente TA: 100/70 FC: 72x'
			FCF: 144x' - 156x'
			TV: D: 4 cm B: 60% cerviz, membranas
			interior abombado.
			P/ Hospitalizar UOM.
29	06	04	Nota de Parto
		7:10	Parto eutocico y entrecorto, bajo anestesia local se realiza
			episiotomia media lateral. Se atiende parto normal espontaneo
UOM:		NR	Se obtiene recien nacido vivo femenino (7:10 am) APGAR: 9-10-10
Grupo:		A(+)	P: 3150gr talla: 49cm PC: 33.5cm Pt: 32cm. Pinzamiento
			habitual del cordon. Alumbramiento tipo schultze completo
			a los 10min. Bajo anestesia local se realiza episiorrafia
			con catgut 3-0. Sangrado ±200cc. Sin complicaciones.
			Alojamiento conjunto
			RN: succion (+) Moro (+) reflejos (+)
			P/ UOM:

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

RESGISTROS MEDICOS
SIS - 414

HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL
ORDENES MEDICAS

A. IDENTIFICACION

HOJA No.

1er Apellido	2do Apellido (o de casada)	Nombres	No. HISTORIA CLÍNICA
Castro	Ortega	Ana Julia	014159

SERVICIO	SALA O CUARTO	Nº DE CAMA
Hospitalizar		

B. PRESCRIPCION Y ORDENES

DIA	MES	AÑO	HORA	PRESCRIPCIONES Y ORDENES (Firma y Código del Responsable)	FIRMA Y CODIGO DE QUIEN HACE CUMPLIR LA ORDEN
28	06	04		(1) Hospitalizar	
	22:30			(2) D.V.O	
				(3) C. Ringer bolo de 500 cc	
				(4) DAD 5% a 60 cc/h	
				(5) Vigilar bienestar materno fetal	
				(6) Vigilar actividad uterina	
				(7) CU-AC	
29	06	04		(1) C. Ringer 500 cc + 5 u oxitocina en bolo	
	08:00			(2) C. Ringer 500 cc + 5 u oxitocina a 100 cc/h	
				(3) Dieta corriente	
				(4) Dolofenol 75 mg IM	
				(5) Vigilar tono y sangrado uterino	
				(6) Ampicilina 1g iv c/6 horas	
				(7) Promover lactancia materna	
				(8) CU-AC	
				(9) SIF VDRL	
				Recien Nacido	
				(1) Cuidados rutinarios	
				(2) Profilaxis ocular y umbilical	
				(3) Vitamina K 1 mg IM	
				(4) Lactancia materna a libre demanda → continua	

HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL
San Vicente del Caguán
Servicio de Urgencias

DIA	MES	AÑO	HORA	PRESCRIPCIONES Y ORDENES (Firma y Código del Responsable)	FIRMA Y CODIGO DE QUIEN HACE CUMPLIR LA ORDEN
		→		(5) S/C Hemoclasificación	
				(6) CO-41	
				12a Cerrado	
30	VI	04		1. SS Bilirrubinas RN;	
	5+30am			Sentencia 9:00 SCO ALTA A. C. CERES B. Medica Rural S.S.O. C.C. 52.848.924	
~~17~~	~~4~~	~~5~~			
30	6	4	23	1. Fototerapia del RN	
				2. leche materna a libre demanda	
				3. Protección ocular al paciente	
				4. Nuevo control bilirrubinas mañana	
				5. ROM igual	
				Lina M. Ma Dr. Médico General U. de Caldas C.C. 34.[illegible]	
17	4	6		1. Dieta corriente	
				2. suspender ieu	
				3. Alta a la madre	
				4. ordenes RN:	
				- Fototerapia continua	
				- leche materna libre demanda	
				- SS bilirrubinas mañana	
				- Protección ocular al paciente	
				- cuidado termico c/4 horas	
				5. ROM igual	
				Sentencia 9:00 SCO Médico General U. de Caldas C.C. [illegible]	

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL

TRATAMIENTOS

REGISTROS MEDICOS
SIS 415

A. IDENTIFICACION

HOJA No.

1er Apellido	2do Apellido (o de Casada)	Nombres	No. HISTORIA CLÍNICA
Castro	Ortega	Ana Julia	014159

SERVICIO	SALA O CUARTO	Nº DE CAMA
Hospitalización		

B. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

MEDICAMENTOS / VIAS, DOSIS E INDICACIONES	DIA MES AÑO: VI-28/04-29-06-04			30											
	HORA DE ADMINISTRACIÓN														
Ringer 500 a 60 c/min	22:45			24											
Ringer 500 cc + 5 UI oxitocina en Gota			7:20												
D40 a 1/2 500 a	23														
Ampicilina + Ger. ip c/6h.			8	14	2										
				20											
Diclofenaco amp IM!			9												
Ringer 500 cc + 5 UI. oxitocina a 100 c/h			9												
Cat quirúrgico 1															
Bisturí para															
Bisturí RM.															
Monofilamento amp. 1															
Cinta Mylafín 1															
Gasa															
Hoja de clasificación															
Alcohol 1															
Guante quirúrgico 1															
Termómetro 1				21											
Fototerapia Inicia →				23.											

FIRMAS		
	1er. Turno	Cecil.
	2do. Turno	Cayo
	3er. Turno	

6

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUB-SISTEMA DE INFORMACION.

REGISTROS MEDICOS
SIS - 416

33

SIGNOS VITALES

A - IDENTIFICACION

HOJA Nº _____

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES	Nº HISTORIA CLINICA
[illegible]	[illegible]	[illegible]	0 1 4 1 5 9

SERVICIO	SALA O CUARTO	Nº DE CAMA

B - SIGNOS VITALES

DIA HOSPITALARIO																	
DIA POST-OPERATORIO												Hijo					
DIA - MES - AÑO		11-28-04		29		30-06-04		1		020704		030704					
PULSO T.A	TEMPERATURA	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.
200																	
190																	
180																	
170																	
160																	
150																	
140																	
130																	
120																	
110	41°																
100	40°																
90	39°																
80	38°																
70	37°																
60	36°																
50	35°																
RESPIRACIONES			80	20	20	20			68								
PESO (Kgs)																	
Nº DEPOSICIONES																	
LIQUIDOS EN 24 HORAS	RECIBIO																
	ELIMINO																
	BALANCE																

OBSERVACIONES: _____

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUB-SISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS 409

EVOLUCION

52708
09

HOJA No. _____

A. IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Castro	Ortega	Ana Julia	014159

EDAD			SEXO		
15			H ☐ M ☒	Hospital	
Años	Meses	Días		SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA

B - ORDENAMIENTO

1. Información dada por el paciente. 2. Signos Vitales. 3. Hallazgos más importantes. 4. Complicaciones. 5. Diagnostico presuntivo 6. diagnostico Definitivo. 7. Tratamiento. 8. Resultados del Tratamiento. 9. Cambios en el manejo del paciente. 10. Observaciones. 11. Firma y código de la persona que presta la atención.

FECHA			DETALLE
DIA	MES	AÑO	
28	06	004	22:30 Usuaria Ref. Hosp al Jurio de pequeño por Impulso doble del parto Primigesta Peso 59K Edad: 15 años 1.56 m. 110/60 Valorado por medio de tacto Dan dice tener 4 cm de dilatación ~~[illegible]~~ uterina dilatación ambos labios. Ordena hospitalizar.
			23 Se canaliza vena y se lleva a hospitalización — Ana Pulido 2
			23:5 ingresa pte al servicio procedente de urgencias en Trabajo de parto con 1cm dilatación contracciones regulares 2 en 10 de 25" c/u. se asisma la mucosa
29	06	004	y se le continua Lev, 4 AM TA 90/60 mmHg Fc: 80x FR 20x T: 36.2 FCF 140x, continua con contracciones 3/10 duración 35", 5 AM presenta ruptura de membranas líquido claro, se avisa al medico de turno. 6h Recibo usuaria consciente orientada con el EU miembro superior en — trabajo de parto. 6+30 la usuaria se pasa a sala de parto ordenado por el doctor Gaitán se hace asepsia y vestido estéril al perineo Nacido 7+10 con un apgar 7/10 no vocalizando se.

REGISTROS MEDICOS
SIS 409

FECHA DIA	MES	AÑO	DETALLE
29	06	2004	realiza. Lavado gástrico y al agar 8/10 las medidas 49 cm Talla pc. 33½ cm PT 32 con P. 3150 gr se realiza maniobra mañoso el alumbramiento 7+25 se pasa a cuarto de hospitalización a 8:05 Estable con Loquios moderados a 12 m Queda conciente orientada con LEV. Pendiente Reporte VDRL Hemodinamia RN vivo al igual conciente se comenta Grupo de Lactancia Materna — Jorge.
29	06	004	12 horas de ev post parto con LEV pendiente masc. exitoso sangrado controlado. Sangrado mayor junto al RN poco. estable TA 80/60 Temp. 36.5 c. FC 90 el RN. Succiona bien. Orinó. Sangrado de la mañana poca cantidad queda en cama colocado con LEV Lactar con madre orientada Dra. —
29	06	2004	18h: Recibo pte de 11 horas en post parto en 12 horas de evolución abdo. hidratado, deber con líquidos venosos ringer 200 c 20 ungidas de Syntocinon. ubicado en dorso en cama derecha, sin dolor, con sangrado vaginal escaso 20h: SV TA 100/60 mmHg FC 98 x' T 36 c FR 20 x' no dolor no sangrado RN se coloca al pecho materno succiona bien. pte en la noche durmió bien dice de dolor ocasional tipo cólico no fiebre, sangrado vaginal escaso, se pasa a lactancia materna recibiendo y succionando bien. SV TA 100/60 mmHg FC 80 x' T 36 c' FR 20 x' queda en la unidad con líquidos venosos ringer sin ungida a 100 cc/h. — RN junto a su madre durmiendo observandose un poco amarillo. — GU —
30	06	004	6 am. Recibo pte en la unidad en post parto junto al RN. con LEV funcionando adecuadamente bien

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS 409

EVOLUCION

A. IDENTIFICACIÓN

HOJA No. _____

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Castro	Ortega	Ana	0 1 4 1 5 9

EDAD			SEXO		
15	~~15~~		H ☐	M ☒	Hospital.
Años	Meses	Días			SERVICIO / SALA O CUARTO / No. DE CAMA

B - ORDENAMIENTO

1. Información dada por el paciente. 2. Signos Vitales. 3. Hallazgos más importantes. 4. Complicaciones. 5. Diagnostico presuntivo 6. diagnostico Definitivo. 7. Tratamiento. 8. Resultados del Tratamiento. 9. Cambios en el manejo del paciente. 10. Observaciones. 11. Firma y código de la persona que presta la atención.

FECHA DIA	MES	AÑO	DETALLE
30	VI	04	
	5+30		Matana (Dx). Puerperio fisiológico
			s/Diuresis(+) deposición (-) lactancia (+)
	(+)		o/ BEG FC 72x' FR 20x'
			cyc Normal Torax Senos blandos, secretantes
			Cp Normal Abd Bolo seguridad umbilical, loquios
			escasos hemáticos no fétidos.
			A/Evolución satisfactorio
			p/ Salido posterior a bilirrubinas RN.
30	VI	04	
	5+30am		RN. 1. RA/AT PAEG 4. Caput succobreum
Madre	O (+)		2. Ictericia Patologica.
Hijo	A (-)		3 Incompatibilidad OA
			s/ Diuresis(+) Succion (+) Deposicion (+)
			o/ BEG FC 140x' FR 32. tinte ictérico en cabeza
			y torax anterior, caput succobreum, fontanelas
			normotensas, Torax Cp Normal Abdomen muñon umbi-
			lical normal. GU Femenino Ext Normales
			A/Paciente con tinte ictérico que aparece en las
			primeras 24 horas.
			p/ SS Bilirrubinas y ctt dependiendo resultado
			solido.

ALICIA [illegible] B
[illegible] SS.C
C. C. [illegible] 848.924

71

REGISTROS MEDICOS
SIS 409

FECHA DIA	MES	AÑO	DETALLE
1	7	04	Dx: 1. Postparto normal 2. Ictericia fisiológica RN 3. Caput succedaneum
			S: Ictericia en RN. Tolera vía oral. Diuresis + - Deposición
			O: Buenas condiciones generales, afebril, hidratado. FR 36 x', FC 130 x', pulsos, ictericia y humedades. Pozos no sangrantes. RN limpio. Abdomen blando, no doloroso. No masas.
			Ctrl. fototerapia Bilirrubinas - total: 17,1 - ind: 16,3 - dir: 0,8 Dx: Ctrl
			Madre: S: Asintomática O: Buenas condiciones generales, afebril, hidratada. Pezón no sangrante. RN limpio. Apega bien Ctrl: alta → madre
02	07	04	Pre 3 días edad. 3 día Hx. S: madre refiere disminución tinte ictérico. Diuresis (+) Deposición (+) tolera vía oral. O: Afebril reactivo FC 140 x' FR 40 x' C/c: mucosa oral hidratada, leve tinte ictérico a nivel facial. C/p: Dolor sin soplos. Pulso sin desvegador Abdomen blando no masas muñón umbilical sin secreción
	7	00	

8 36

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUB-SISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS 409

EVOLUCION

A. IDENTIFICACIÓN

HOJA No. _____

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Castro	Ortega	Ana Julia	1 4159

EDAD			SEXO			
45			H ☐	M ☒	Hospital	
Años	Meses	Días			SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA

B - ORDENAMIENTO

1. Información dada por el paciente. 2. Signos Vitales. 3. Hallazgos más importantes. 4. Complicaciones. 5. Diagnostico presuntivo 6. diagnostico Definitivo. 7. Tratamiento. 8. Resultados de Tratamiento. 9. Cambios en el manejo del paciente. 10. Observaciones. 11. Firma y código de la persona que presta la atención.

FECHA DIA	MES	AÑO	DETALLE
2	00	0x	pte deambulo, elimino. Logia normales. RN sectiono, elimino Uresis pendiente valoracion pediatria de RN. Gravo
			12h: Paciente en unidad en cama, sentada en pos-parto, en dia con tex uterotonica sangrando moderado normal, no quejas a ello bien. Salida despues del reparto de la placenta (placenta) suspende salida, RN se observa ictérico, no elimino, ni meconio T36.5°C FC120x FR80x, Hoy TA90/60mmHg T.36°C FC72x FR20x Queda en unidad con 1er — Alta — o —
			18h Recibo usuaria unidad consciente orientada con RN vivo se observa el RN con Ictericia a la Valoracion de la dra Lina Parra ordena pasar la RN. a fototerapia 22h. al igual se translada la madre para lactancia Materna durante la noche amamanta permanece en fototerapia se observa Pretérmino — Eh Queda usuaria en encubadora

REGISTROS MEDICOS
SIS 409

FECHA DIA	MES	AÑO	DETALLE
1	07	04	con fototerapia acompañada por madre para Lactancia Materna queda consciente orientada afebril con signos Vitales FC 140 Fr 80 T 36 la madre presenta un leve sangrado bajo niño en incubadora dispuesta conducta con terapia pues a la madre se observa Inc. 10AM T: 37.6° FC 120X FR 68X elimino si no depositó, queda en incubadora con fototerapia continua 12 m niño en la unidad el cual lo estan amamantando, periodicidad fototerapia
			8 Hora Niño permanece en incubadora con fototerapia. No elimino, No dep manifiesto la acompañante, sig temp. 36.0° FC 124X' FR 60X' queda en fototerapia a
01	07	2004	18h. Recibo RN en cama junto a su madre recibiendo lactancia materna, observandose ictericia generalizada con muñon umbilical en proceso de cicatrización; alerta, afebril — Lili
02	07	2004	5+45AM. QUEDA. USUARIO en fototerapia sin catéter. PASO BUENA NOCHE. no elimino no hizo DEPOSICION ND presenta nada en especial se OBSERVA en RECUPERACION T 36.5. FC. 144X' FR 56X — LIBORIO
02	07	04	6 AM pte en la unidad afebril en fototerapia
			8:41 se toma bilirubinas se lleva al laboratorio pinderth reporte. pte ingiere V.O. lactancia materna. la madre refiere que el niño no dep. T° 36.5 C FC 140X FR 60X' se mantiene en fototerapia con
02	07	2004	12 m: Recibo RN en incubadora en fototerapia con ictericia generalizada, muñon umbilical en proceso de cicatrización se observa con distensión abdominal

37

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN

EPICRISIS

REGISTROS MÉDICOS
SIS - 413

A. IDENTIFICACIÓN

HOJA No. _____

1er. APELLIDO	2. APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLÍNICA
Cortez	Ortega	Ana Julia	014199

EDAD (AÑO MESES DÍA)	SEXO	INICIACIÓN DE LA ATENCIÓN (FECHA DÍA MES AÑO)	Servicio	FINALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN (FECHA DÍA MES AÑO)	Servicio
11	H ☐ M ☒	28 06 04	Urgencia	30 06 04	Hospitalización

B. DIAGNÓSTICO, PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: ① Puerperio Normal
② Recién Nacido Femenino

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS: Atención integral de parto

TRATAMIENTOS: LEV - oxitocina - Ampicilina - diclofenaco - tramadol

C. ORDENAMIENTO

1. RESUMEN DE ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO.
2. RESUMEN DE EVOLUCIÓN
3. COMPLICACIONES
4. CONDICIÓN DEL PACIENTE A LA FINALIZACIÓN (SEÑALAR INCAPACIDAD FUNCIONAL SI LA HUBIERE).
5. PRONÓSTICO.
6. RECOMENDACIONES.
7. FECHA Y RESULTADO DE EXÁMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO.
8. FIRMA Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE.

Gestante a termino en trabajo de parto por contracciones, se hospitaliza se atiende parto vaginal eutocico, recien nacido vivo femenino, adaptacion extrauterina e inmediata. Puerperio normal, se da salida con pauta, signos de alarma y control.
VDRL no reactivo Rh recien nacido A+

Dr.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN

EPICRISIS

REGISTROS MÉDICOS
SIS - 413

HOJA No. _____

A. IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO	2. APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLÍNICA
Cortez	Ortiz	Ana Julia	

EDAD	SEXO	INICIACIÓN DE LA ATENCIÓN		FINALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN	
AÑO / MESES / DÍA	H ☐ M ☒	FECHA DÍA / MES / AÑO	Servicio	FECHA DÍA / MES / AÑO	Servicio
15		30 / 06 / 04	Urgencia	30 / 06 / 04	Hospitalización

B. DIAGNÓSTICO, PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O Puerperio Normal

(?) Reflujo Gastroesofágico

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS: Parto vaginal de feto

TRATAMIENTOS: [illegible]

C. ORDENAMIENTO

1. RESUMEN DE ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO.
2. RESUMEN DE EVOLUCIÓN
3. COMPLICACIONES
4. CONDICIÓN DEL PACIENTE A LA FINALIZACIÓN (SEÑALAR INCAPACIDAD FUNCIONAL SI LA HUBIERE).
5. PRONÓSTICO.
6. RECOMENDACIONES.
7. FECHA Y RESULTADO DE EXÁMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO.
8. FIRMA Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE.

Gestante a término en trabajo de parto, presenta ruptura de membrana y al 2º parto vaginal anterior, cuyo recién nacido vivo, [illegible] Puerperio Normal se da de alta [illegible]

[illegible]

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN

EPICRISIS

REGISTROS MÉDICOS
SIS - 413

HOJA No. 152328

A. IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO	2. APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLÍNICA
Castro		Hl. Ana Julia	

EDAD	SEXO	INICIACIÓN DE LA ATENCIÓN		FINALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN	
AÑO MESES DÍA: 14	H ☐ M ☒	FECHA (DÍA MES AÑO): 29 06 01	Hospitalización (Servicio)	FECHA (DÍA MES AÑO): 03 02 04	Hospitalización (Servicio)

B. DIAGNÓSTICO, PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Ictericia neonatal

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS:

TRATAMIENTOS: Fototerapia

C. ORDENAMIENTO

1. RESUMEN DE ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO.
2. RESUMEN DE EVOLUCIÓN
3. COMPLICACIONES
4. CONDICIÓN DEL PACIENTE A LA FINALIZACIÓN (SEÑALAR INCAPACIDAD FUNCIONAL SI LA HUBIERE).
5. PRONÓSTICO.
6. RECOMENDACIONES.
7. FECHA Y RESULTADO DE EXÁMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO.
8. FIRMA Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE.

Feto de 1ª gestación q. ha evolucionado x 1/2 del parto eutósico, sin complicaciones, y con 24 hrs. después del nacimiento presenta ictericia, se toma muestra q. informa BT 12.1 BD 0.5 BI 16.3

Se inicia Fototerapia con ptll clínica adecuada, con control de muestras, actual. con. BT: 15.7 BT: 14 B.I. 6.3 estabilizado en 33 %

Madre adecuada, lactando ⊕

Pasado a unidad clínica de Obstetricia

JOAQUIN ANTONIO CARDENAS CASTRO
MEDICO CIRUJANO
UNIVERSIDAD NACIONAL
C.P. 70-[illegible]

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REMISION DE PACIENTES
SOLICITUD

REGISTRO MEDICOS
SIS - 412 - A

A. IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES

DE: Puesto Salud pto Lozada | A: Hospital local San Rafael

B. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

1er. APELLIDO	2o. APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA EN LA INSTITUCION QUE REMITE
Castro	Ortega	Ana Julia	

EDAD (AÑOS MESES DIAS)	SEXO	RESIDENCIA HABITUAL (Dirección, localidad, sección del país)	No. HISTORIA CLINICA EN LA INSTITUCION QUE RECIBE
15	H ☐ M ☒	Vda. pto Lozada	

PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (NOMBRE Y RELACION DE PARENTESCO)

RESIDENCIA ACTUAL (DIRECCION, LOCALIDAD, MUNICIPIO, SECCION DEL PAIS) | TELEFONO

C. SOLICITUD DE ATENCION

FECHA DE REMISION			SERVICIO AL QUE SE REMITE
12 (DIA)	05 (MES)	04 (AÑO)	

D. ORDENAMIENTO

1. Resumen de Anamnesis y Examen Físico.
2. Fecha y Resultados de Examenes Auxiliares de Diagnóstico.
3. Resumen de Evolución
4. Diagnóstico
5. Complicaciones
6. Tratamientos Aplicados
7. Motivo de Remisión
8. Firma y Código de la persona Responsable

Pte de 15 años de edad en embarazo con 29 semanas de lactación según F.U.M 27-sep-2003, se solicita una ecografía obstétrica para saber con certeza la fecha probable de parto y el estado del bebé según su posición.

Marly Soraya Barlon
Dra de enfermería

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUB-SISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS 409

EVOLUCION

A. IDENTIFICACIÓN

HOJA No. _____

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Castro	Hernández		0 1 4 1 5 9

EDAD			SEXO			
15			H ☐ M ☒			
Años	Meses	Días		SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA

B - ORDENAMIENTO

1. Información dada por el paciente. 2. Signos Vitales. 3. Hallazgos más importantes. 4. Complicaciones. 5. Diagnostico presuntivo 6. diagnostico Definitivo. 7. Tratamiento. 8. Resultados de Tratamiento. 9. Cambios en el manejo del paciente. 10. Observaciones. 11. Firma y código de la persona que presta la atención.

FECHA DIA	MES	AÑO	DETALLE
	07	04	Continuación
	1700		Ext: caderas estables
			Neur: moro (+) Sagioa (+) Prensión (+)
			Bosqueda (+) Babinsky (+)
			Dx ① Ictericia Neonatal
			② Incompatibilidad Grupo
			Pl Alta con vigilancia, Ictericia, no signos
			hipoglicemia o deterioro neurologico
			por lo cual s/s Bilirrubinas
			C.C.
03	07	04	Evolución 3DH
	0600		Paciente de 95 horas de Nacido
			Dx ① Ictericia secundaria
			② Incompatibilidad de Grupo
			S/ Tolera la vía oral, orina (+) deposiciones (+)
			fiebre (-) deró el menero
			O/ Activo, reactivo, hidratado FC: 140x' FR: 36x'
			T: 37°C → continua

FECHA			DETALLE
DIA	MES	AÑO	
→ continúa			Y/C: - Disminución marcada de ictericia en esclera y cara.
			Piel - No ictericia en piel de cuello, tórax.
			C/A campos pulmonares limpios
			abdomen: blando, depresible no masas
			Miembros: Mov (+) sucios (+) pulsos (+) Activo
			A/ Paciente con incompatibilidad de grupo y desarrollo de ictericia secundaria quien ingresa con BT: 17.1 BD: 16.3 índice ictérico: 0.5 en fototerapia continua con un control de BT: 20.9 BD: 19.4 índice: 0.2 con mejoría clínica de su ictericia. Sin embargo por BD no tiende a descender, por tal motivo s/r CH - reticulocitos - Hcto - Hb para descartar conducta.
	11H00		Se reciben muestras q' informa.
			- Reticulocitos 33 %
			- BT 16.3 ↓ (4.6 respecto ayer)
			Mejoría clínica, menos adinamia, punto ictérico disminuido marcadamente
			Mt Valdez
			JOHANNES GALDEMAS GOMEZ MEDICO CIRUJANO UNIVERSIDAD NACIONAL C.C. 79.957.205

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUB-SISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS 409

EVOLUCION

A. IDENTIFICACIÓN

HOJA No. _____

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Castro	Ortega	Hijo de ana julia	0 1 4 1 7 9

EDAD			SEXO			
Años	Meses	Días	H ☐ M ☐	SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA

B - ORDENAMIENTO

1. Información dada por el paciente. 2. Signos Vitales. 3. Hallazgos más importantes. 4. Complicaciones. 5. Diagnostico presuntivo 6. diagnostico Definitivo. 7. Tratamiento. 8. Resultados del Tratamiento. 9. Cambios en el manejo del paciente. 10. Observaciones. 11. Firma y código de la persona que presta la atención.

FECHA DIA	MES	AÑO	DETALLE
02	07	2004	14 h: T amp 36.8 C 16 h temp 36.8 C LL se le da recomendaciones a la madre sobre cuidados higienicos bajo general. niño en la tarde clínicamente (+) vivo recibió y tebró lactancia materna FC 120 x T 36.8 C FR 48 x LL
02	07	00	18 h. pasó a incubadora desnudo con cub. con fototerapia acompañado de linimodic.
			20 H. T° 36.5 °C
			24 H. T° 36.6 °C.
			pte inicia V.O. leche materna y apto durmiendo, activo, no dep. Queda en fototerapia con esmerales Yant
03	07	04	6h. Recibo usuario en fototerapia Estable se toma bilirubinas c H + Reticulocitos 12 m. Queda usuario en incubadora estable con fototerapia — Jorge —
03	07	04	Recibo usuario en fototerapia estable, acompañado con su madre: yeins A + ish mio en ciudad de ~~[illegible]~~, observandose signos en referencia general, succionando bien, 19h se da salida y tomen medio y recomendaciones [illegible] CRUU #5472-7 —

12

REGISTROS MEDICOS
SIS 409

FECHA DIA	MES	AÑO	DETALLE
19	05	008	Usuaria fue valorada x Dr. Lima quien ordena retiro del DIU y a la vez seguir control de Planificación con Anticonceptivos se da una caja para comenzar y se explica como debe tomarselas y volver el 09-Junio 008. Aux. Martinez
09	06	008	Usuaria que asistio al CPF AO refiere sentirse bien con el método, se dan recomendaciones generales nueva cita y dos sobre AO cita julio 28-008 Aux Martinez
29	07	08	Usuaria que asiste a control de PF con 90" manifiesta sentirse bien con dicho método BE no se observa manchas en la cara y mamas se dan anticoncepticos, recomendaciones generales cita de control sept. 29 2008 MARIA MARTINEZ

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN

REGISTROS MEDICOS
SIS - 414

ORDENES MEDICAS

A.- IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Castro		H. ANA	

SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA

B.- PRESCRIPCIONES Y ORDENES

DIA	MES	AÑO	HORA	PRESCRIPCIONES Y ORDENES (Firma y Código del Responsable)	FIRMA Y CODIGO DE QUIEN HACE CUMPLIR LA ORDEN
02	07	04		L. materna libre demanda	
	7:00			Incubadora Rº Neotro	
				Protección ocular y genital	
				Fototerapia continua	
				Cuna termica	
				S/s Bilirrubinas	
				Avisar medico resultados O)01.	
				Alcantara 0321	
03	07	04	06:00	(1) L. materna a libre demanda	
				(2) Fototerapia continua	
				(3) Protección ocular y genital	
				(4) cuna termica	
				(5) S/r CH - Bilirrubinas - Reticulocitos	
				(6) CSV - AC	
				Rdo Lab 10.20 am.	
			16:00	(1) Suelda	
				[illegible]	
				MEDICO CIRUJANO	
				C. C. 79.337.313	

7

INSTITUTO DPTAL DE SALUD DEL CAQUETA

HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL

SAN VICENTE DEL CAGUAN

SIGNOS VITALES ESPECIALES

APELLIDOS	NOMBRES
Castro	Hijo de Ana Julia

SERVICIO	CAMA No.
Hospitalización	Incubadora

CONTROL CADA	FECHA
Temperatura c/4h	Julio 1/04

2-07-2004

PULSO-P.A. 200	TEMP.Y RESP.	10	14	16	20	24
190	60					
180	50					
170	40					
160	30					
150	20					
140	10					
130						
120	42°					
110	41°					
100	40°					
90	39°					
80	38°					
70	37°					
60	36°					
50	35°					
40	34°					

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUB-SISTEMA DE INFORMACION.

REGISTROS MEDICOS
SIS -416

SIGNOS VITALES

A- IDENTIFICACION

HOJA Nº _____

1er. APELLIDO	2o. APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES	Nº HISTORIA CLINICA
Castro		Hijo de Guadalupe	

SERVICIO	SALA O CUARTO	Nº DE CAMA

B- SIGNOS VITALES

DIA HOSPITALARIO																		
DIA POST-OPERATORIO																		
DIA - MES - AÑO			02-07-04															
PULSO	T.A	TEMPERATURA	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.
200																		
190																		
180																		
170																		
160																		
150																		
140																		
130																		
120																		
110		41°																
100		40°																
90		39°																
80		38°																
70		37°																
60		36°																
50		35°																
RESPIRACIONES																		
PESO (Kgs)																		
Nº DEPOSICIONES																		
LIQUIDOS EN 24 HORAS	RECIBIO																	
	ELIMINO																	
	BALANCE																	

OBSERVACIONES : _____

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS - 40E

46
14

ATENCION GENERAL

A - IDENTIFICACION

HOJA Nº

1er. Apellido: Castro | 2do. Apellido (de casada): | Nombre: Rosa Julia | Nº HISTORIA CLINICA

EDAD: AÑOS MESES DIAS | SEXO: H ☐ M ☐ | Servicio | Sala o cuarto | Nº DE Cama

B - ORDENAMIENTO

1. FECHA (DIA, MES, AÑO)
2. ANAMNESIS:
   1. MOTIVO DE CONSULTA.
   2. ENFERMEDAD ACTUAL.
   3. ANTECEDENTES FAMILIARES.
   4. ANTECEDENTES PERSONALES.
      a) FISIOLOGICOS b) PATOLOGICOS c) QUIRURGICOS d) GINECO-OBSTETRICOS e) MENTALES f) VACUNACIONES g) TOXICO ALERGICAS h) TRANSFUSIONES i) TRAUMATICOS.
3. REVISION POR SISTEMAS.

D. EXAMEN FISICO
   1. SIGNOS VITALES: PESO, TALLA PULSO, RESPIRACION, TEMPERATURA PRESION ARTERIAL.
   2. ESTADO GENERAL
   3. PIEL Y SUBCUTANEO
   4. CABEZA OJOS, OIDOS, NARIZ Y GARGANTA.
   5. CUELLO.
   6. APARATO RESPIRATORIO.
   7. APARATO CARDIO VASCULAR.
   8. APARATO GASTRO-INTESTINAL.
   9. APARATO GENITO-URINARIO.
   10. EXAMEN GINECOLOGICO.
   11. TACTO RECTAL
   12. APARATO LOCOMOTOR
   13. EXAMEN NEUROLOGICO.
   14. EXAMEN GANGLIONAR
E. IMPRESION DIAGNOSTICA O DIAGNOSTICO DEFINITIVO.
F. PRONOSTICO.
G. CONDUCTA A SEGUIR
H. FIRMA Y CODIGO DEL MEDICO, QUE PRESTA LA ATENCION

15-03-05

Peso 47 kg Edad 16 años FA 8.4
MC: Mareos. Borradera. Palpit.
EA: Cuadro de 20 días de
Mareos Astenia adinamia
FUP: 29/06/04 FUR 12/03/05 Plan. prematur.
Ef: paciente alerta orientad.
PA 180x. FR 20x
CP (-)
CPP (-)
Abd Dep. no Dolor
Ext no ed
Neurol. sin Deficit
TRA: Sind. Anemico

P/ Sulfato. ferroso.
Adamuerpa
Acido Ascórbico.
5) Gravidez.

CECAILI TRUJILLO
MEDICO GINECOLOGO

16-03-05

Peso 46 kg Edad 16 años Tal 9-6

Paciente llamada en repetidas ocasiones.

Ultimo llamado: 14+30.

No contesto al llamado

CAROLINA BLAZ RIVERA
MEDICO GENERAL
C.I. 52.636.564
S.S.O.
HOSPITAL DE SAN JOSE
E.S.E.

Gravidez pregestacional

Marzo 17-05 usuario se le realizo insercion de DIU sin complicaciones, fue valorado por el dr Forero quien realizo la hoja de planificacion flior. se da carné y cita para abril — Albert

Abril 14-05. Usuario asiste a CPF se revisa DIU observandose hilos bien, refiere estar satisfecha con dicho metodo. — Albert

Agosto 1-05. Usuaria asiste a CPF el cual le tocaba para el 14 de Julio se revisa DIU se observa hilos bien Sangrado menstrual moderado, dice que le desaparecio el ciclo menstrual. se da indicaciones se cita 10 dias despues del periodo para tomarle citol, se cita para Dic 30-05. Albert

22/12/05: Se realiza CPF a usuaria, observandose cuias de DIU, se dan recomendaciones generales, se asigna nueva cita. Albert

14-8/7 usuaria que no acude al centro de PF Edy

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN

ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

REGISTROS MÉDICOS
SIS 406

A. IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO	2. APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES	No. HISTORIA CLÍNICA
Castro		Ana Julia	

B. ANTECEDENTES

1- FAMILIARES

	SI	NO	NO SABE
1. HIPERTENSIÓN			
2. DIABETES			
3. CARDIOPATIAS			
4. HEPATOPATIAS			
5. TUMORES			
6. MENTALES			

2- PERSONALES

	SI	NO	NO SABE
1. HIPERTENSIÓN.			
2. DIABETES.			
3. CARDIOPATIAS			
4. HEPATOPATIAS			
5. NEFRITIS			
TUMORES			
TROMBOFLEBITIS			
FUMA			
CUANTOS DIARIOS			
9. MENTALES			
10. INFECCIÓN PÉLVICA			
11. INFECCIÓN CERVICAL			
12. FLUJO VAGINAL			
13. CIRUGÍA GINECOLÓGICA			
14. OTROS			
15. RESULTADO CITOLOGÍA PREVIA			

FECHA: DÍA MES AÑO

ESCOLARIDAD

- PRIMARIA INCOMP. ☐
- PRIMARIA COMPLETA ☐
- SECUN. INCOMP. ☐
- SECUND. COMPLETA ☐
- UNIVERSITARIA ☐
- OTRA (Cuál) ____

3- HISTORIA DE EMBARAZOS ANTERIORES

TERMINACIÓN DEL EMBARAZO							
No. DE ORDEN	AÑO DE TERMINACIÓN	MESES DE GESTACIÓN	PARTO VAGINAL	CESAREA	ABORTO	PRODUCTO NUMERO: NACIDOS VIVOS	PRODUCTO NUMERO: NACIDOS MUERTOS
01	04	09	1			1	

No. DE HIJOS VIVOS ACTUALMENTE ____

OBSERVACIONES: ____

OTROS ANTECEDENTES: GINECO-OBSTETRICOS, MENARQUIA, CICLOS, GRAVIDEZ, PARIDAD, ABORTOS, EMBARAZO ECTÓPICO, CIRUGÍA Y OTROS

4- HISTORIA MENSTRUAL

CICLO REGULAR SI ☒ NO ☐

FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN: DÍA 13 MES 03 AÑO 05

TRASTORNOS MENSTRUALES SI ☐ NO ☒

TIPO: ____

5- HISTORIA ANTICONCEPCIONAL

HA USADO ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO ANTES DE ESTA CONSULTA SI ☐ NO ☐

MÉTODO UTILIZADO	TIEMPO DE UTILIZACIÓN DE:	A:	PRESCRITO EN MINSALUD	PROFAMILIA	OTRO	NINGUNO	PROBLEMAS

REGISTROS MÉDICOS
SIS - 406

C. EXAMEN FÍSICO

1. PESO 47
2. TENSIÓN ARTERIAL 80/40
3. MAMAS NORMALES SI [X] NO [ ]
4. SIGNOS DE EMBARAZO SI [X] NO [ ]
5. No. DE SEMANAS [ ][ ]
6. CERVIX NORMAL SI [X] NO [ ]
7. ÚTERO Y ANEXOS NORMALES SI [X] NO [ ]
8. MIEMBROS INFERIORES EDEMA SI [ ] NO [ ]
VARICES SI [X] NO [ ]
9. OTROS HALLAZGOS (Cuáles)

OBSERVACIONES:

D. EXÁMENES PRACTICADOS

PRUEBA DE EMBARAZO SI [X] NO [ ] RESULTADO Negativo
FROTIS DE FLUJO SI [ ] NO [ ]
CITOLOGÍA CERVICO-VAGINAL SI [ ] NO [ ] RESULTADO
OTROS

E. RIESGO REPRODUCTIVO

ALTO [X] MEDIO [ ] BAJO [ ]

F. MÉTODO ADOPTADO

PÍLDORA [ ] (Cuál)	D.I.U. [X] TCU (Cuál)	INYECTABLE [ ] (Cuál)	ESTERLIZAC. [ ] (Cuál)	OTROS [ ] (Cuál)	FECHA DÍA MES AÑO	ATENDIDO POR: MÉDICO [ ] ENFERMERA [ ] AUXILIAR [ ]

G. CONSULTAS - CONTROLES ENFERMERÍA

DÍA - MES - AÑO		17-3-05	15-4-05	01-08-05	22-12-05			
PESO (Kg.)		47	48	48	48			
TENSIÓN ARTERIAL			100/60	110/70	110/70			
Método utilizado desde la última Atención		—	DIU	DIU	DIU			
SATISFACCIÓN CON EL MÉTODO			SI	SI	SI			
TRASTORNOS MENSTRUALES			—	SI	NO			
CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO			—	NO	NO			
CEFALEAS			—	NO	NO			
MAREOS			—	NO	NO			
MANCHAS EN LA PIEL			—	NO	NO			
MOLESTIAS DE MAMAS			—	NO	NO			
EDEMA			—	NO	NO			
VARICES			—	NO	NO			
EXPULSIÓN DISPOSITIVO			—	NO	NO			
DOLOR BAJO VIENTRE			—	NO	NO			
FLUJO VAGINAL			—	NO	Amarillo			
SÍNTOMAS URINARIOS			—	NO	NO			
CITOLOGÍA	RESULTADO				Normal			
	FECHA				Agosto 2005			
RIESGO REPRODUCTIVO								
CAMBIO DE MÉTODO	CUAL							
	FECHA							
REMISIÓN A:								
FECHA PRÓXIMA CITA			[illegible]	DIC 30	23.06.06			
ATENDIDO POR			[illegible]	[illegible]	[illegible]			

48

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS - 408

ATENCION GENERAL

A. IDENTIFICACION

HOJA No. _____

1er APELLIDO	2. APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Cortez	Lopez	Ana Julia	

EDAD (AÑOS / MESES / DIA)	SEXO	SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA
	H ☐ M ☐			

B - ORDENAMIENTO

A. FECHA (DIA, MES, AÑO)
B. ANAMNESIS.
1. MOTIVO DE CONSULTA
2. ENFERMEDAD ACTUAL
3. ANTECEDENTES FAMILIARES
4. ANTECEDENTES PERSONALES
a) FISIOLOGICOS b) PATOLOGICOS c) QUIRURGICOS
d) GINECO,OBSTETRICOS e) MENTALES
f) VACUNACIONES g) TOXICO ALERGICAS
h) TRANSFUSIONES i) TRAUMATICOS.
C. REVISION POR SISTEMAS

D. EXAMEN FISICO
1. SIGNOS VITALES, PESO, TALLA PULSO, RESPIRACION, TEMPERATURA PRESION ARTERIAL
2. ESTADO GENERAL
3. PIEL Y SUBCUTANEO
4. CABEZA, OJOS, OIDOS, NARIZ Y GARGANTA
5. CUELLO
6. APARATO RESPIRATORIO
7. APARATO CARDIO VASCULAR
8. APARATO GASTRO- INTESTINAL
9. APARATO GENITO-URINARIO
10. EXAMEN GINECOLOGICO
11. TACTO RECTAL
12. APARATO LOCOMOTOR
13. EXAMEN NEUROLOGICO
14. EXAMEN GANGLIONAR
E. IMPRESION DIAGNOSTICA O DIAGNOSTICO DEFINITIVO
F. PRONOSTICO
G. CONDUCTA A SEGUIR
H. FIRMA Y CODIGO DEL MEDICO QUE PRESENTA LA ATENCION

16-05-06
Edad 16 a. Peso 48 lbs T A 100/60
paciente con cuadro de 2 meses de evolución; con leucorrea, prurito vulvar, y enteromi; no febril; diagnosticada con DTO.
EL PORSOCO
Examen físico: GP normal
Genitourinario: V. Secreción purulenta, no fétida
IMX: Candidiasis vaginal
Plan: Clotrimazol - Fluconazol
Lic. [illegible]
2427-0607
550 6x4

75

29-06-06

Edad 17 a. peso 49 lbs T.A. 80/60

Cefalea y rasquiña nariz.

Al examen facie atópica.

Dx: Rinitis atopica.

Plan: Loratadina

Lilibeth Antonia Mocheybile
MÉDICO
Reg. No. 2220

28/9/07.

Paciente actualmente planificando, con DIU, viene para revisión, refiere flujo vaginal concomitante.
no otras molestias

Antecedentes Pat (-) Qx (-) TRAG (-) Fx (-) FUR: 28 ~~agosto~~
Febrero cinco 30x3, G4 P1 C0 V4 planifica con DIU.

ME F: TA: 120/80 FC: 80x' FR: 18x
CC: Alrededor del hilo a cero
CP: Pelvis sin RIR, no agregado
abdomen: blando, depresible, no doloroso RIE (+)
Extremidades sin edema
Neurológico sin lo
TV: Cuello posterior cerrado se palpa hilos de DIU en posición habitual, ovarios no dolorosos, no flujo.

Dx: Profilaxis
planificación con DIU de cobre

Plan: Control de planificación, consejería se da receta de Ofem y preservativos

Dr. Juan Pablo Rodríguez O.
Medico Ginecólogo
C.C. 80.030.429 SSO 770

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUB-SISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS-409

EVOLUCION

A- IDENTIFICACION

HOJA No. _____

1er. APELLIDO	2o. APELLIDO(O DE CASADA)	NOMBRES	Nº HISTORIA CLINICA

EDAD			SEXO			
Años	Meses	Días	M ☐	M ☐	SERVICIO	SALA O CUARTO	Nº DE CAMA

-B- ORDENAMIENTO-

1- Información dada por el Paciente - 2. Signos Vitales - 3. Hallazgos mas importantes - 4. Complicaciones.
5- Diagnóstico Presuntivo - 6. Diagnóstico Definitivo - 7- Tratamiento.
8- Resultados del Tratamiento - 9- Cambios en el manejo del Paciente - 10 - Observaciones
11- Firma y Código de la Persona que presta la atención.

FECHA			DETALLE
DIA	MES	AÑO	
03	05	07	paciente que resulta por auto de admisión a área abierta, q continuará estando a cuidado con el psiquiatra.
			Intelectualmente: psicótico con tiroidectomía bocio con
			Examen físico: TA: 110/70 FC: 72
			FR: 18x
			C/C: normal
			C/P: normal
			Balance normal
			Ex: Anti-bióticos
			Ahí: Indicaciones
			1 bx c/12 h

Fernández
Dr. Johan

FECHA			DETALLE
DIA	MES	AÑO	
19	05	08	EDAD: 19 AÑOS
	09	20	-MC: "DOLOR: COLOCAMOS EL DISPOSITIVO"
			-EA: PACIENTE DESEO DE RETIRARSE DIU.
			-ANTEC: -G/O: PLANIF. CON DIU HACE 4
			AÑOS, CICLOS REGULARES, FUR: MAYO-08.
			G1P1 -PESTO NEGATIVO.
			- EX: FX: TA: 120/80. FC: 70X'. FR: 18X'
			C/P: NORMAL. ABD: BLANDO. EXT: SIMETRICA.
			DX: POST SANA
			PLAN: -RETIRO DIU
			-INICIA ATO
			- RECOMENDACIONES Y SIGNOS ALARMA
			JAP
			550858

HOSPITAL SAN RAFAEL

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (E.S.E.)
NIT. 891190011-8

REGISTROS MEDICOS
SIS - 405

ATENCION EN PLANIFICACION FAMILIAR

A. IDENTIFICACION

CASTRO	DORTEGA	DANIELA	No. Historia Clínica
Primer Apellido	Segundo Apellido (o de Casada).	Nombres	

B. ANTECEDENTE

1. FAMILIARES

	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE
1. HIPERTENSIÓN	☐	☐	☐	4. HEPATOPATÍAS	☐	☐	☐
2. DIABETES	☐	☐	☐	5. TUMORES	☐	☐	☐
3. CARDIOPATIAS	☐	☐	☐	6. MENTALES	☐	☐	☐

2. PERSONALES

	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE
1. HIPERTENSIÓN	☐	☐	☐	9. MENTALES	☐	☐	☐
2. DIABETES	☐	☐	☐	10. INFECCIÓN PELVICA	☐	☐	☐
3. CARDIOPATIAS	☐	☐	☐	11 INFECCIÓN CERVICAL	☐	☐	☐
4. HEPATOPATIAS	☐	☐	☐	12 FLUJO VAGINAL	☐	☐	☐
5. NEFRITIS	☐	☐	☐	13. CIRUGÍA GINECOLÓGICA	☐	☐	☐
6. TUMORES	☐	☐	☐	14 OTROS	☐	☐	☐
7. TROMBOFLEBITIS	☐	☐	☐	15. RESULTADOS CITOLOGÍA PREVIA	☐	☐	☐
8. FUMA	☐	☐	☐				

CUANTOS DIARIOS _____ FECHA ☐☐ DIA ☐☐ MES ☐☐ AÑO

ESCOLARIDAD

- PRIMARÍA INCOMP. ☐
- PRIMARIA COMPLETA ☐
- SECUND. INCOMP. ☐
- SECUND. COMPLETA ☐
- UNIVERSIDAD ☐
- OTRA (CÚAL) _____

3. HISTORIA DE EMBARAZOS ANTERIORES

Numero de Orden	TERMINACIÓN DEL EMBARAZO					PRODUCTO	
	AÑO DE TERMINAC	MES DE GESTACIÓN	PARTO VAGINAL	CESAREA	ABORTO	NACIDOS VIVOS	NACIDOS MUERTOS

No. DE HIJOS VIVOS ACTUALMENTE _____ ☐☐

OBSERVACIONES:

OTROS ANTECEDENTES GINECO, OBSTETRICOS, MENARQUIA, CICLOS, GRAVIDEZ, PARIDAD, ABORTOS, EMBARAZOS ECTOPICOS, CIRUGÍA Y OTROS.

4. HISTORIA MENSTRUAL

CICLO REGULAR	SI ☐ NO ☐	FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN			TRASTORNOS MENSTRUALES
		DIA	MES	AÑO	SI ☐ NO ☐ TIPO _____

5. HISTORIA ANTICONCEPCIONAL

HA UTILIZADO ALGUN MÉTODO ANTICONCEPTIVO ANTES DE ESTA CONSULTA SI ☐ NO ☐

METODO UTILIZADO	TIEMPO DE UTILIZACIÓN		PRESCRITO EN				PROBLEMAS
	DE:	A:	MINSALUD	PROFAMILIA	OTRO	NINGUNO	

C. EXAMEN FISICO

1. PESO _____
2. TENSION ARTERIAL _____
3. MAMAS NORMALES SI ☐ NO ☐
4. SIGNOS DE EMBARAZO SI ☐ NO ☐
5. No. DE SEMANAS ☐ ☐
6. CERVIX NORMAL SI ☐ NO ☐
7. UTERO Y ANEXOS NORMALES SI ☐ NO ☐
8. MIEMBROS INFERIORES: EDEMA SI ☐ NO ☐ VARICES SI ☐ NO ☐
9. OTROS HALLAZGOS (Cuales) _____

OBSERVACIONES _____

D. EXAMENES PRACTICADOS

PRUEBA DE EMBARAZO SI ☐ NO ☐ RESULTADO _____ FROTIS DE FLUJO SI ☐ NO ☐

CITOLOGÍA CERVICO-VAGINAL SI ☐ NO ☐ RESULTADO _____ OTROS _____

E. RIESGO REPRODUCTIVO

ALTO ☐ MEDIO ☐ BAJO ☐

F. MÉTODO ADOPTADO

PILDORA ☐	D.I.U. ☐	INYECTABLE ☐	ESTERILIZAC ☐	OTROS ☐	FECHA	ATENDIDO POR:
(CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	DIA MES AÑO	MEDICO ☐ ENFERMERA ☐ AUXILIAR ☐

G. CONSULTAS - CONTROLES ENFERMRIAS

DIA MES AÑO		9/12/09	3 02/10	31-03-10	25-05-10	16 07/10	9-09-10	4-11-10
PESO(Kg)		49	49	50	48	49	48	51
TENSIÓN ARTERIAL		100/60	100/60	110/70	110/70	100/60	110/60	100/61
MÉTODO UTILIZADO DESDE LA ULTIMA ATENCIÓN		AO	"AO"	AO	A-O	"AO"	A-O	AO
SATISFACCIÓN CON EL MÉTODO		SI	Si	Si	Si	Si	Si	Si
TRANSTORNOS MENSTRUALES		no	no	NO	NO	no	NO	no
CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO		no	no	NO	NO	no	NO	no
CEFALEAS		no	no	NO	NO	no	NO	no
MAREOS		no	no	NO	NO	no	NO	no
MANCHAS EN LA PIEL		no	no	NO	NO	no	NO	no
MOLESTIAS EN MAMAS		no	no	NO	NO	no	NO	no
EDEMA		no	no	NO	NO	no	NO	no
VARICES		no	no	NO	NO	no	NO	no
EXPULSIÓN DISPOSITIVOS		no	~~no~~	—	—			
RIESGO REPRODUCTIVO		no		—	—			
FLUJO VAGINAL		no		—	—			
SÍNTOMAS URINARIOS		no		—				
CITOLOGÍA	RESULTADO			—				
	FECHA			—	NOV/2009			
DOLOR BAJO VIENTRE				—				
CAMBIO DE METODO	CUAL			—				
	FECHA			—				
REMISIÓN A				—				
FECHA PRÓXIMA CITA		3/02/10	31 03/10	25-05-10	16-07-10		3-11-10	28-12-10
ATENDIDO POR		[illegible]	MARIA	AIDA	AIDA.	MARIA	AIDA	

157

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN

ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

REGISTROS MEDICOS
SIS - 405

A. IDENTIFICACIÓN

1 er Apellido	2 do Apellido (o casada)	Nombres	No. Historia Clinica
CASTRO		ANA JULIA	

B. ANTECEDENTE

1. FAMILIARES

	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE
1. HIPERTENSIÓN		X		4. HEPATOPATIAS		X	
2. DIABETES		X		5. TUMORES	X		
3. CARDIOPATIAS		X		6. MENTALES		X	

2. PERSONALES

	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE
1. HIPERTENSIÓN		X		9. MENTALES		X	
2. DIABETES		X		10. INFECCION PELVICA		X	
3. CARDIOPATIAS		X		11. INFECCION CERVICAL		X	
4. HEPATOPATIAS		X		12. FLUJO VAGINAL		X	
5. NEFRITIS		X		13. CIRUGIA GINECOLOGICA		X	
6. TUMORES		X		14. OTROS		X	
7. TROMBOFLEBITIS		X		15. RESULTADO CITOLOGIA PREVIA		X	
8. FUMA		X					

CUANTOS DIARIOS_____

FECHA DIA MES AÑO

ESCOLARIDAD

- PRIMARIA INCOMP. ☐
- PRIMARIA COMPLETA ☐
- SECUND. INCOMP. ☒
- SECUND. COMPLETA ☐
- UNIVERSIDAD ☐
- OTRA (cual)_____

3. HISTORIA DE EMBARAZOS ANTERIORES

Número de Orden	TERMINACIÓN DEL EMBARAZO: AÑO DE TERMINAC	MES DE GESTACIÓN	PARTO VAGINAL	CESAREA	ABORTO	PRODUCTO: NACIDOS VIVOS	NACIDOS MUERTOS
1	04	09	X			X	

No. DE HIJOS VIVOS ACTUALMENTE_____ 01

OBSERVACIONES

OTROS ANTECEDENTES GINECO, OBSTETRICOS, MENARQUIA, CICLOS, GRAVIDEZ, PARIDAD, ABORTOS, EMBARAZOS ECTOPICOS, CIRUGIA Y OTROS.

HISTORIA MENSTRUAL

CICLO REGULAR		FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN			TRASTORNOS MENSTRUALES
	SI ☒		05	08	SI ☐ NO ☒
	NO ☐	DIA	MES	AÑO	TIPO_____

5. HISTORIA ANTICONCEPCIONAL

HA UTILIZADO ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO ANTES DE ESTA CONSULTA SI ☐ NO ☐

METODO UTILIZADO	TIEMPO DE UTILIZACIÓN DE:	A:	PRESCRITO EN: MINSALUD	PROFAMILIA	OTRO	NINGUNO	PROBLEMAS
DIU	2004	2008			X		Dolor pelvico

C. EXAMEN FISICO

1. PESO 50
2. TENSION ARTERIAL 120/80
3. MAMAS NORMALES SI [X] NO [ ]
4. SIGNOS DE EMBARAZO SI [ ] NO [X]
5. No. DE SEMANAS [ ] [ ]
6. CERVIX NORMAL [ ] [ ]
7. UTERO Y ANEXOS NORMALES SI [ ] NO [ ]
8. MIEMBROS INFERIORES: EDEMA SI [ ] NO [X]
VARICES SI [ ] NO [X]
9. OTROS HALLAZGOS (Cuáles)

OBSERVACIONES

D. EXAMENES PRACTICADOS

PRUEBA DE EMBARAZO SI [ ] NO [X] RESULTADO
FROTIS DE FLUJO SI [ ] NO [X]
CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL SI [ ] NO [X] RESULTADO
OTROS

E. RIESGO REPRODUCTIVO

ALTO [ ] MEDIO [ ] BAJO [X]

F. METODO ADOPTADO

PILDORA	D.I.U.	INYECTABLE	ESTERILIZAC	OTROS	FECHA	ATENDIDO POR:
~~Enantato~~ + Levonorgestrel (CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	DIA MES AÑO	MEDICO [ ] ENFERMERA [ ] AUXILIAR [ ]

G. CONSULTAS - CONTROLES ENFERMERIAS

DIA MES AÑO	19-05-2008	09-06-2008	29-07-08	28-10-08	13-12-08	19-06-09	07-10-09
PESO(Kg)			51K	50K	50K	49K	50K
TENSIÓN ARTERIAL		100/60	110/70	100/60	110/70	100/60	110/70
METODO UTILIZADO DESDE LA ULTIMA ATENCIÓN	A.O	AO	"AO"	"AO"	"AO"	"AO"	"AO"
SATISFACCION CON EL METODO		SI	SI	SI	S	SI	SI
TRANSTORNOS MENSTRUALES		SI	NO	NO	NO	NO	NO
CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO		NO	NO	NO	NO	NO	NO
CEFALEAS		NO	NO	NO	NO	NO	NO
MAREOS		NO	N	NO	NO	NO	NO
MANCHAS EN LA PIEL		NO	N	NO	NO	NO	NO
MOLESTIAS EN MAMAS		NO	N	NO	NO	—	NO
EDEMA		NO	N	NO	NO	NO	NO
VARICES		NO	N	—	NO	NO	NO
EXPULSION DISPOSITIVOS		—	—	—	—	—	—
RIESGO REPRODUCTIVO		—	—	—	—	—	ALTO
FLUJO VAGINAL		NO	—	—		—	—
SINTOMAS URINARIOS		NO	—		—	—	NO
CITOLOGIA – RESULTADO		(-)	NEGATIVA				—
CITOLOGIA – FECHA		Febrero 2008	FEBRERO 2008			FV	—
DOLOR BAJO VIENTRE			—				
CAMBIO DE METODO – CUAL			—				
CAMBIO DE METODO – FECHA			—				
REMISION A							4 9 10
FECHA PROXIMA CITA		27 JULIO 2008	29 08	23 12 08	24 02 09	14 08 09	4 12 09
ATENDIDO POR		Marina	MARIA	MARIA	MARIA	MARIA	ANA

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN

ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

REGISTROS MEDICOS
SIS - 405

A. IDENTIFICACIÓN

1 er Apellido	2 do Apellido (o casada)	Nombres	No. Historia Clínica
CASTRO	ORTEGA	DANIELA	04159

B. ANTECEDENTE

1. FAMILIARES

	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE
1. HIPERTENSIÓN	☐	☐	☐	4. HEPATOPATIAS	☐	☐	☐
2. DIABETES	☐	☐	☐	5. TUMORES	☐	☐	☐
3. CARDIOPATIAS	☐	☐	☐	6. MENTALES	☐	☐	☐

2. PERSONALES

	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE
1. HIPERTENSIÓN	☐	☐	☐	9. MENTALES	☐	☐	☐
2. DIABETES	☐	☐	☐	10. INFECCION PELVICA	☐	☐	☐
3. CARDIOPATIAS	☐	☐	☐	11. INFECCION CERVICAL	☐	☐	☐
4. HEPATOPATIAS	☐	☐	☐	12. FLUJO VAGINAL	☐	☐	☐
5. NEFRITIS	☐	☐	☐	13. CIRUGIA GINECOLOGICA	☐	☐	☐
6. TUMORES	☐	☐	☐	14. OTROS	☐	☐	☐
7. TROMBOFLEBITIS	☐	☐	☐	15. RESULTADO CITOLOGIA PREVIA	☐	☐	☐
8. FUMA	☐	☐	☐				

CUANTOS DIARIOS_____ FECHA ☐☐ DIA ☐☐ MES ☐☐ AÑO

ESCOLARIDAD

- PRIMARIA INCOMP. ☐
- PRIMARIA COMPLETA ☐
- SECUND. INCOMP. ☐
- SECUND. COMPLETA ☐
- UNIVERSIDAD ☐
- OTRA (cúal)_____

3. HISTORIA DE EMBARAZOS ANTERIORES

Número de Orden	TERMINACIÓN DEL EMBARAZO					PRODUCTO	
	AÑO DE TERMINACI	MES DE GESTACIÓN	PARTO VAGINAL	CESAREA	ABORTO	NACIDOS VIVOS	NACIDOS MUERTOS

No. DE HIJOS VIVOS ACTUALMENTE_____ ☐☐

OBSERVACIONES

OTROS ANTECEDENTES GINECO, OBSTETRICOS, MENARQUIA, CICLOS, GRAVIDEZ, PARIDAD, ABORTOS, EMBARAZOS ECTOPICOS, CIRUGIA Y OTROS.

4. HISTORIA MENSTRUAL

CICLO REGULAR	SI ☐ NO ☐	FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN			TRASTORNOS MENSTRUALES
		DIA	MES	AÑO	SI ☐ NO ☐ TIPO_____

5. HISTORIA ANTICONCEPCIONAL

HA UTILIZADO ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO ANTES DE ESTA CONSULTA SI ☐ NO ☐

METODO UTILIZADO	TIEMPO DE UTILIZACIÓN		PRESCRITO EN				PROBLEMAS
	DE:	A:	MINSALUD	PROFAMILIA	OTRO	NINGUNO	

C. EXAMEN FISICO

1. PESO _____
2. TENSION ARTERIAL _____
3. MAMAS NORMALES SI ☐ NO ☐
4. SIGNOS DE EMBARAZO ☐ ☐
5. No. DE SEMANAS ☐ ☐
6. CERVIX NORMAL ☐ ☐
7. UTERO Y ANEXOS NORMALES SI ☐ NO ☐
8. MIEMBROS INFERIORES: EDEMA ☐ ☐ VARICES ☐ ☐
9. OTROS HALLAZGOS (Cuáles) _____

OBSERVACIONES _____

D. EXAMENES PRACTICADOS

PRUEBA DE EMBARAZO SI ☐ NO ☐ RESULTADO _____ FROTIS DE FLUJO SI ☐ NO ☐
CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL ☐ ☐ RESULTADO _____ OTROS _____

E. RIESGO REPRODUCTIVO

ALTO ☐ MEDIO ☐ BAJO ☐

F. METODO ADOPTADO

PILDORA ☐	D.I.U. ☐	INYECTABLE ☐	ESTERILIZAC ☐	OTROS ☐	FECHA	ATENDIDO POR:
(CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	DIA MES AÑO	MEDICO ☐ ENFERMERA ☐ AUXILIAR ☐

G. CONSULTAS - CONTROLES ENFERMERIAS

DIA MES AÑO		28 12 10	22-02-11	26-04-11	10-06-11	17-08-11	13-10-11	02-12-11
PESO(Kg)		50	50	51	51	50	49	50
TENSIÓN ARTERIAL		110/70	110/60	110/60	110/70	110/60	110/60	110/70
METODO UTILIZADO DESDE LA ULTIMA ATENCIÓN		NO	AO	A.O	NO	AO	AO	AO
SATISFACCION CON EL METODO		SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
TRANSTORNOS MENSTRUALES		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
CEFALEAS		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
MAREOS		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
MANCHAS EN LA PIEL		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
MOLESTIAS EN MAMAS		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
EDEMA		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
VARICES		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
EXPULSION DISPOSITIVOS		NO	—	—	NO	—		
RIESGO REPRODUCTIVO		NO	—	—		—		
FLUJO VAGINAL			—	—		—		
SINTOMAS URINARIOS			—	—		—		
CITOLOGIA	RESULTADO				NO/NO	—		
	FECHA		PK		10-03-11	—		
DOLOR BAJO VIENTRE			—			—		
CAMBIO DE METODO	CUAL		—			—		
	FECHA		—			—		
REMISION A			—			—		
FECHA PROXIMA CITA		22-02-11	26-04-11	21-06-11	17-08-11	13-10-11	5-12-11	31-01-12
ATENDIDO POR		MARIA	DIDO	ANGELA	MARIA	AICA	DIDO	DID

25 58

HOSPITAL SAN RAFAEL

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (E.S.E.)
NIT. 891190011-8

REGISTROS MEDICOS
SIS - 405

ATENCION EN PLANIFICACION FAMILIAR

A. IDENTIFICACION

Primer Apellido	Segundo Apellido (o de Casada).	Nombres	No. Historia Clínica
CASTRO	ORTEGA	DANIELA	014159.

B. ANTECEDENTE

1. FAMILIARES

	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE
1. HIPERTENSIÓN	☐	☐	☐	4. HEPATOPATÍAS	☐	☐	☐
2. DIABETES	☐	☐	☐	5. TUMORES	☐	☐	☐
3. CARDIOPATIAS	☐	☐	☐	6. MENTALES	☐	☐	☐

2. PERSONALES

	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE
1. HIPERTENSIÓN	☐	☐	☐	9. MENTALES	☐	☐	☐
2. DIABETES	☐	☐	☐	10. INFECCIÓN PELVICA	☐	☐	☐
3. CARDIOPATIAS	☐	☐	☐	11 INFECCIÓN CERVICAL	☐	☐	☐
4. HEPATOPATIAS	☐	☐	☐	12 FLUJO VAGINAL	☐	☐	☐
5. NEFRITIS	☐	☐	☐	13. CIRUGÍA GINECOLÓGICA	☐	☐	☐
6. TUMORES	☐	☐	☐	14 OTROS	☐	☐	☐
7. TROMBOFLEBITIS	☐	☐	☐	15. RESULTADOS CITOLOGÍA PREVIA	☐	☐	☐
8. FUMA	☐	☐	☐				

CUANTOS DIARIOS _____ FECHA ☐☐ ☐☐ ☐☐ (DIA MES AÑO)

ESCOLARIDAD
- PRIMARÍA INCOMP. ☐
- PRIMARIA COMPLETA ☐
- SECUND. INCOMP. ☐
- SECUND. COMPLETA ☐
- UNIVERSIDAD ☐
- OTRA (CÚAL) _____

3. HISTORIA DE EMBARAZOS ANTERIORES

Numero de Orden	TERMINACIÓN DEL EMBARAZO: AÑO DE TERMINAC	MES DE GESTACIÓN	PARTO VAGINAL	CESAREA	ABORTO	PRODUCTO: NACIDOS VIVOS	NACIDOS MUERTOS

No. DE HIJOS VIVOS ACTUALMENTE _____ ☐☐

OBSERVACIONES:

OTROS ANTECEDENTES GINECO, OBSTETRICOS, MENARQUIA, CICLOS, GRAVIDEZ, PARIDAD, ABORTOS, EMBARAZOS ECTOPICOS, CIRUGÍA Y OTROS.

4. HISTORIA MENSTRUAL

CICLO REGULAR		FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN			TRASTORNOS MENSTRUALES
	SI ☐				SI ☐ NO ☐
	NO ☐	DIA	MES	AÑO	TIPO _____

5. HISTORIA ANTICONCEPCIONAL

HA UTILIZADO ALGUN MÉTODO ANTICONCEPTIVO ANTES DE ESTA CONSULTA SI ☐ NO ☐

METODO UTILIZADO	TIEMPO DE UTILIZACIÓN		PRESCRITO EN				PROBLEMAS
	DE:	A:	MINSALUD	PROFAMILIA	OTRO	NINGUNO	

C. EXAMEN FISICO

1. PESO _____
2. TENSION ARTERIAL _____
3. MAMAS NORMALES SI ☐ NO ☐
4. SIGNOS DE EMBARAZO SI ☐ NO ☐
5. No. DE SEMANAS ☐ ☐
6. CERVIX NORMAL SI ☐ NO ☐
7. UTERO Y ANEXOS NORMALES SI ☐ NO ☐
8. MIEMBROS INFERIORES: EDEMA SI ☐ NO ☐
VARICES SI ☐ NO ☐
9. OTROS HALLAZGOS (Cuales) _____

OBSERVACIONES _____

D. EXAMENES PRACTICADOS

PRUEBA DE EMBARAZO SI ☐ NO ☐ RESULTADO _____ FROTIS DE FLUJO SI ☐ NO ☐

CITOLOGÍA CERVICO-VAGINAL SI ☐ NO ☐ RESULTADO _____ OTROS _____

E. RIESGO REPRODUCTIVO

ALTO ☐ MEDIO ☐ BAJO ☐

F. MÉTODO ADOPTADO

PILDORA ☐	D.I.U. ☐	INYECTABLE ☐	ESTERILIZAC ☐	OTROS ☐	FECHA	ATENDIDO POR:
(CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	DIA MES AÑO	MEDICO ☐ ENFERMERA ☐ AUXILIAR ☐

G. CONSULTAS - CONTROLES ENFERMERIAS

DIA MES AÑO		31 01 12	26 03 12	22.5.12	12 0 12	6-09-12	29-10-12	26-12
PESO(Kg)		50K	50k	49K.	50kg	50	52	49
TENSIÓN ARTERIAL		110/70	100/60	100/70	100/70	110/70	110/70	110/70
MÉTODO UTILIZADO DESDE LA ULTIMA ATENCIÓN		"AO"	"AO"	"AO"	"AO"	AO	AO	AO
SATISFACCIÓN CON EL MÉTODO		Si	S	Si	Si	Si	Si	Si
TRANSTORNOS MENSTRUALES		NO	NO	N	NO	NO	NO	NO
CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO		NO	NO	N	NO	NO	NO	NO
CEFALEAS		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
MAREOS		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
MANCHAS EN LA PIEL		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
MOLESTIAS EN MAMAS		NO		N	NO	NO	NO	NO
EDEMA		NO		NO	NO	NO	NO	
VARICES		NO		N	NO	NO	NO	
EXPULSIÓN DISPOSITIVOS		NO						
RIESGO REPRODUCTIVO		NO						
FLUJO VAGINAL								
SÍNTOMAS URINARIOS								
CITOLOGÍA	RESULTADO	negativo				negativo		
	FECHA	10-05-12				3-04-12		
DOLOR BAJO VIENTRE								
CAMBIO DE METODO	CUAL							
	FECHA							
REMISIÓN A								
FECHA PRÓXIMA CITA		26 03/12	22 05	12.7.12	6-9.12	29-10-12		17 1 12
ATENDIDO POR		MARIA	IAM	[illegible]	[illegible]	DIDA	[illegible]	[illegible]

34.

HOSPITAL SAN RAFAEL

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (E.S.E.)
NIT. 891190011-8

REGISTROS MEDICOS
SIS - 409

EVOLUCION

HOJA No. _____

A. IDENTIFICACION

1er APELLIDO	2. APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
CASTRO	ORTEGA	DANIELA	01747519

EDAD (AÑOS MESES DIAS)	SEXO H ☐ M ☐	SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA

B. ORDENAMIENTO

1- Información dada por el paciente - 2 - Signos Vitales - 3 - hallazgos más importantes - 4 - Complicaciones
5- Diagnóstico presuntivo 6- Diagnóstico Definitivo 7- Tratamiento
8- Resultados del tratamiento 9- Cambios en el manejo del paciente 10- Observaciones
11- Firma y código de la persona que presta la atención

FECHA DIA	MES	AÑO	DETALLE
18	10	08	usuaria que asiste a control de PF con "AO" manifiesta sentirse bien con dicho metodo. no se observan manchas en la cara ni nariz. se entregan anovulatorios (2 sobres) se dan recomendaciones generales cita de control Diciembre 23 2008 MARIA M
23	12	08	usuaria que asiste a control de PF con "AO" manifiesta sentirse bien con dicho método se entregan dos sellos de anovulatorios se dan recomendaciones generales cita de control FEBRERO 24 - 2009 MARIA MARTINEZ
19	06	09	usuaria que asiste a control de PF con "AO" manifiesta sentirse bien con dicho método se entregan dos sellos de anovulatorios se dan ~~recomendaciones~~ recomendaciones generales cita de control Agosto 14. 109 MARIA MARTI
08	10	09	usuaria que viene a control de PF con "AO" manifiesta sentirse bien con dicho metodo se entregan dos sellos "AO" se dan recomendaciones generales cita de control diciembre 109 MARIA MARTINEZ
9	12	09	usuaria que asiste a cita de control de PF manifiesta estar bien con dicho metodo se dan nuevas recomendaciones y cita de control

REGISTROS MEDICOS
SIS - 409

FECHA			DETALLE
DÍA	MES	AÑO	
09	02	10	para el 3/02/09 se entregan dos
			sobres de "AO" — o — Cita usuaria
3	02	10	usuaria que viene a control de PF con "AO" manifiesta
			sentirse bien con dicho método se entregan dos
			sellos "AO" recomendaciones generales cita de
			control MARZO 31 /010 MARIA. MARTINEZ.
31	03	10	Se realiza control de planificación a usuaria
			quien refiere satisfacción con el metodo no molestias
			se entregan 2 sobres de AO orales se dan
			recomendaciones generales cita de control 25-05-10 Vida
25	05	10	Se realiza control de planificación a usuaria
			quien refiere satisfacción con el metodo no molestias se entregan 2 sobres de AO se dan
			recomendaciones generales cita 16-07-10 Aida
16	07	10	usuaria que asiste a control de PF con "AO"
			manifiesta sentirse bien con dicho método se
			entregan dos sellos "AO" manifiesta sentirse bien
			con dicho metodo recomendaciones generales
			cita de control septiemb. 09-10 MARIA.
9	09	10	se realiza control de planificación a usuaria satisfecha con el metodo se entregan 2 sobres
			de AO se dan recomendaciones cita de
			control. 3-11-10 Aida
4	11	10	usuaria a asiste al control pf con "AO"
			manifiesta sentirse bien se entregan 2
			sellos AO recomendaciones generales.
			cita 28-12-10 para control — Ana
28	12	10	usuaria viene a control de PF con "AO" manifiesta sentirse bien con dicho método
			se entregan dos sellos "AO" recomendaciones generales cita control 22-02-11 MARIA

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS 409

EVOLUCIÓN

Hoja No.

A. IDENTIFICACIÓN

1er Apellido	2do Apellido (o de Casada)	Nombres	No. HISTORIA CLINICA
CASTRO	ORTEGA	DANIELA	074759

EDAD (Años Meses Días)	SEXO	Servicio	Sala o Cuarto	No. de Cama
	M ☐ F ☐			

B. ORDENAMIENTO

- 1 Información dada por el paciente
- 2 Signos Vitales
- 3 Hallazgos más importantes
- 4 Complicaciones
- 5 Diagnóstico presuntivo
- 6 Diagnóstico Definitivo
- 7 Tratamiento
- 8 Resultados del tratamiento
- 9 Cambios en el manejo del paciente
- 10 Observaciones
- 11 Firma y código de la persona que presta la atención

FECHA Día	Mes	Año	DETALLE
18	08	09	usuaria que viene a control de PF con Ho(1) manifiesta sentirse bien con dicho metodo. se entregan dos sellos de anovulatorios se dan recomendaciones generales cita de control 07/10/09 MANA MATERNE PESO 48 TA 110/60 MARIA MARTINEZ

FECHA DIA	MES	AÑO	DETALLE
22	02	11	Se realiza control de planificación a usuaria quien refiere satisfacción con el metodo no molestias se entregan 2 sobres de AO para iniciarlos el 01-03-11 se dan recomendaciones generales y cita de control el 26-04-11 P/ Repetir citología Anda
26	04	2011	17+10 Asiste usuaria al control de planificacion familiar, quien manifiesta sentirse bien con dicho metodo, se entregan 2 sellos para iniciar 26-04-11 se dan recomendaciones generales proxima cita 21-Junio-2011 Andrea Lacera G
10	06	11	usuaria viene a control de PF con AO' manifiesta sentirse bien con dicho metodo se entregan dos sellos AO' recomendaciones generales cita control 17 08 11 Maria
17	08	11	Se realiza control de planificación a usuaria quien refiere satisfacción con el metodo no molestias, se entregan 2 sobres de A-O para iniciarlo. el 18-08-2011 se dan recomendaciones generales y cita. 13-10-11 Anda Silva
13	10	11	Se realiza control de planificación a usuaria que refiere satisfacción con el metodo no molestias se entregan 2 sobres de AO para iniciar el 14-10-11 se dan recomendaciones generales y cita el 5-12-11 Anda Maria Silva H. AUXILIAR DE ENFERMERIA CC. 36 307 326
02	12	11	Se realiza control de planificación a usuaria que refiere satisfacción con el metodo no molestias se entregan dos sobres de AO para iniciar 11-12-11 se dan recomendaciones y cita el 31-01-12 Anda Maria Silva H AUXILIAR DE ENFERMERIA CC. 36 307 326
31	01	12	Se realiza Control de planificacion a usuaria quien refiere satisfaccion con el metodo no molestias se entregan (2) sellos AO' recomendaciones generales y cita control 26 Maria Elena Martinez Serrano AUXILIAR DE ENFERMERIA CC. 28 643 709

23
36

GOBERNACION DEL CAQUETA
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

REGISTROS MEDICOS
SIS - 408

A. IDENTIFICACIÓN

ATENCIÓN GENERAL

HOJA No. _____

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLÍNICA

EDAD (AÑO MES DÍA)	SEXO F ☐ M ☐	SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA

B- ORDENAMIENTO

A. FECHA (DIA, MES, AÑO)
B. ANAMNESIS.
1. MOTIVO DE CONSULTA
2. ENFERMEDAD ACTUAL
3. ANTECEDENTES FAMILIARES
4. ANTECEDENTES PERSONALES
a) FISIOLOGICOS
b) PATOLOGICOS
c) QUIRURGICOS
d) GINECO,OBSTETRICOS
e) MENTALES
g) TOXICO ALERGICAS
h) TRANSFUSIONES
i) TRAUMÁTICOS.
C. REVISIÓN POR SISTEMAS

D. EXAMEN FISICO
1. SIGNOS VITALES, PESO, TALLA PULSO, RESPIRACION, TEMPERATURA PRESION ARTERIAL
2. ESTADO GENERAL
3 PIEL Y SUBCUTANEO
4. CABEZA, OJOS, OIDOS, NARIZ Y GARGANTA
5. CUELLO
6. APARATO RESPIRATORIO
7. APARATO CARDIO VASCULAR
8. APARATO GASTRO- INTESTINAL
9. APARATO GENITO-URINARIO
10. EXAMEN GINECOLOGICO
11. TACTO RECTAL
12. APARATO LOCOMOTOR
13. EXAMEN NEUROLOGICO
14. EXAMEN GANGLIONAR
E. IMPRESION DIAGNOSTICA O DIAGNOSTICO DEFINITIVO
F. PRONOSTICO
G. CONDUCTA A SEGUIR
H. FIRMA Y CODIGO DEL MEDICO QUE PRESENTA LA ATENCION

28/11/14
MC: Flujo vaginal
Paciente refiere consulta > flujo vaginal 1 de año amarillo
EF
TA: 120/70 FR: 20 FC: 78
2 quincenas flujo amarillo
TDX: Vaginosis
Manejo Metronidazol

Andrés R. Samboy Bernardo
Medico y Cirujano UISCO.
R.C. 7.727.344

11/7/2014
paciente con orden de ultrasonido por dx
Expirado antiparasitario
planifica con metodo implante subdermico
ultima citologia pendiente resultado
EF TA 110/70 FC 64x'
Sin otra alteracion al examen fisico
- DD - parasitosis intestinal
- Gastritis

plan: - paracetamol de presentel
- omeprazol

[signature] 2047193

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E.
HOSPITAL SAN RAFAEL
LABORATORIO CLÍNICO

REGISTROS MÉDICOS 29

SIS 410
074759 OTROS

SOLICITADO POR Lea
(PROFESIONAL O INSTITUCIÓN)

FIRMA Y CÓDIGO DEL SOLICITANTE

URGENTE ☐

DÍA MES AÑO HORA

No. HISTORIA CLÍNICA

Daniela Castro
1er. APELLIDO 2 APELLIDO (O DE CASADA)

NOMBRES EDAD (AÑOS)

SERVICIO SALA O CUARTO No. DE CAMA

EXAMEN SOLICITADO

RESULTADOS Y OBSERVACIONES

Rto de plaquetas: 426.900mm³

FIRMA Y CÓDIGO DEL RESPONSABLE

DÍA MES AÑO HORA

Impresos Carpoma Ltda. 40.765.300-1 Fila

97

30

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

GOBERNACION DEL CAQUETA
E.S.E. HOSPITAL
SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

LABORATORIO CLINICO

REGISTROS MÉDICOS
SIS 410 B

PRUEBAS SEROLOGICAS

SOLICITADO POR: _____
(Profesional o Institución)

FIRMA Y CODIGO DEL SOLICITANTE _____

URGENTE ☐

DIA MES AÑO HORA

No. Historia Clinica

Daniela Castro

Primer Apellido 2o. Apellido o de Casada

Nombres Edad Años

Servicio Sala o Cuarto No. Cama

SEÑALE EN LA COLUMNA DE LA IZQUIERDA EL EXAMEN SOLICITADO

	REACCIONES SEROLOGICAS		RESULTADOS	V. NORMAL		ANTIGENOS FEBRILES	RESULTADOS	V. NORMAL
	V.D.R.L.			NO REACTIVA		TIFOIDEO "O"	<160	
	F.T.A. SIPHILIS TP					TIFOIDEO "H"	<160	
	ASTOS			<200UI/ml		PARATIFOIDEO "A"	(-)	
	FACTOR REUMATOIDEO			<300UI/ml		PARATIFOIDEO "B"	<160	
	GRAVINDEX					PROTEUS OX-19	(-)	
	PROTEINA CREACTIVA			<6mg/dl		BRUCELLA	(-)	
	PRUEBAS DE TAMIZAJE	Hbs Aq						
		VIH						

FIRMA Y CODIGO RESPONSABLE

DIA MES AÑO HORA

148867

59

ICONTEC CERTIFICADO DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD — IQNet CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM	Código: F- SGC- TM-0046 Fecha de Aprobación: 31 de Marzo de 2008 Versión: Dos	**ESE HOSPITAL SAN RAFAEL** **TRIAGE MEDICO**

TRIAGE MEDICO

No. HISTORIA CLÍNICA: 014159

FECHA (día/mes/año)	HORA ATENCIÓN (formato en 24 hr)	IDENTIFICACIÓN TIPO	IDENTIFICACIÓN NÚMERO
29/05/10	7:23	CC	1006518009

NOMBRES Y APELLIDOS: Daniela Castro Ortega

DIRECCIÓN: El Poblado

TELÉFONO:

BARRIO ☒ VEREDA ☐ CUAL

MUNICIPIO: Med. DEPARTAMENTO: Ant.

CONTRIBUTIVO ☐ SUBSIDIADO ☒ OTRO. CUAL

ASEGURADORA: Comfasur

COTIZANTE ☐ BENEFICIARIO ☐

FECHA NACIMIENTO (día/mes/año): 7/02/1989

EDAD: 21 años

SEXO: F

MOTIVO DE CONSULTA (Textual como lo refiere el paciente)

3 días con fiebre y dolor en cabeza

RESUMEN ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

FC	FR	T(°C)	TA	SatO2 (FiO2 21%)
98	20	35	100/70	98

PRIORIDAD ATENCIÓN

- TRIAGE I ☐
- TRIAGE II ☐
- TRIAGE III ☒ — 98%
- TRIAGE IV ☐

DIAGNÓSTICO (S) Y/O COD. CIE. 10

Sino. Fiebre /

TIPO DE RIESGO

- ENFERMEDAD GENERAL ☐
- EMBARAZO/MATERNIDAD ☐
- ACCIDENTE TRANSITO ☐
- ACCIDENTE TRABAJO ☐
- EVENTO CATASTRÓFICO ☐
- ENFERMEDAD PROFESIONAL ☐
- TRAUMATISMO ☐
- VIOLENCIA INTRAFAMILIAR ☐
- VIOLENCIA SEXUAL ☐
- OTRO ☐

DESTINO DEL PACIENTE: ☐ CONSULTA URGENCIAS ☐ CONSULTA PRIORITARIA: ☐ CONSULTA EXTERNA PROGRAMADA

NOMBRE DEL MÉDICO: **FIRMA Y SELLO:**

TRIAGE: CLASIFICACIÓN DE PACIENTES SEGÚN LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD O EVENTO. SE CLASIFICA Así:

TRIAGE I: PACIENTES CON EVENTOS GRAVES Y CRÍTICOS QUE AMENAZAN SU VIDA Y SU SUPERVIVENCIA DEPENDE DE LA OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.

TRIAGE II: PACIENTES CON EVENTOS QUE PUEDEN SER ATENDIDOS DENTRO DE LOS SIGUIENTES 10 A 15 MINUTOS LUEGO DE SU INGRESO, Y QUE DE NO SER ATENDIDOS PUEDEN CONVERTIRSE EN TRIAGE I.

TRIAGE III: PACIENTES CUYO EVENTO PERMITE QUE PUEDA SER ATENDIDO DENTRO DE LAS SIGUIENTES 4 A 6 HORAS LUEGO DE SU INGRESO. PUEDEN SER ATENDIDOS POR CONSULTA PRIORITARIA.

TRIAGE IV: PACIENTES CUYA CONDICIÓN NO CORRESPONDE A UNA URGENCIA. DEBEN SER REFERIDOS POR CONSULTA EXTERNA PROGRAMADA.

"El médico es quien define la condición de urgencia y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia, deberá pagar el valor total de la atención" (ARTICULO 10, ATENCIÓN DE URGENCIAS, Resolución 5261 de 1994), (Circular externa 000010 del 22 de marzo de 2006 y Anexo).

32 60

REGISTROS MÉDICOS
SIS 401

HOSPITAL SAN RAFAEL

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.(E.S.E)
NIT. 891190011-8

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

Distrib.	ASMET	Prioridad	II	Clasificación		No. H.C.	

NOMBRE	DANITCO CASTRO	C.C. o T.I.	EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL			
		1006518089	21	H	M	S	C	V	Otro
DIRECCION	CORECA B/ PAEMNO	DIRECCIÓN		BARRIO		FECHA DE INGRESO		HORA	
						29-II-2010		07:30	
ACOMPAÑ.		DIRECCIÓN		TELÉFONO		FECHA DE SALIDA		HORA	
						24-2-2010		12:00	

NATURAL		PROCEDENTE		OCUPACIÓN	

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL	ANOM. CLINICO DE 3 DIAS DE FIBRE ASOCIADO A CEFALEA TENSIONAL Y OSTEOMIALGIAS.
ANTECEDENTES	- GIO: TOP: MYLIO, GLPL, PNF ATO. - RSPO METAMUD

EXAMEN FISICO	T.A. 100/70	F.C. 95 x'	F.R. 20 x'	To. 35.0 C	Tc Sa 02: 98%

ESTADO CONCIENCIA	ALERTA ✓	CONFUSO	OBNUBILA	ESTUPORO	COMATOSO

ESTADO MENTAL Normal ☐ Anormal ☐	HALLAZGOS	P: 48 Kg
CABEZA Y ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS Normal ☐ Anormal ☐	HALLAZGOS	A/GICA, ORIFARINGE EDEMATOSO HIDRATADO
CUELLO Y TORAX Normal ✓ Anormal ☐	HALLAZGOS	
CARDIO-RESPIRATORIO Normal ✓ Anormal ☐	HALLAZGOS	

ABDOMEN Y GENITO URINARIO Normal ☑ Anormal ☐	HALLAZGOS
EXTREMIDADES Y OSTEOARTICULAR Normal ☑ Anormal ☐	HALLAZGOS
NEUROLOGICO Normal ☑ Anormal ☐	HALLAZGOS

Impresión Diagnóstica	Exámenes Solicitados
1. SIND. FEBRIL	- SSI - PLAQUETAS - AG FEBRILES
Prescripción	**Procedimientos Efectuados**
1. DIPIRONA 2 gr IM	PLAQ: 426.900
12:00 29-II-2010 1. METOCLOPRAMIDA 10 MS	AGFEBRILES: POSITIVOS. SALION Leg TMP - SNX;
1. N 2. SALIDA	ACETAMINOFEN, RECOMENDACIONES SIGNOS ALARMA Y CITA CONTROL

DESTINO DEL PACIENTE	Salida		Hospitalización		REMITIDO A:	Consulta Externa de:	
	Observación		Morgue			Interconsulta de:	

OBSERVACIONES

MEDICO RESPONSABLE	NOMBRE		FIRMA		Categoría	
DOCENTE	NOMBRE		FIRMA			

LINA M. PEREZ MUÑOZ
MEDICO
C.C. 43.875.605 de Pereira

GOBERNACION DEL CAQUETA
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

REGISTROS MEDICOS
SIS - 408

A. IDENTIFICACIÓN — ATENCIÓN GENERAL — HOJA No.

1er APELLIDO	2do APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLÍNICA
CASTRO		DANIELA.	

EDAD (AÑO MES DIA)	SEXO	SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA
22	F [X] M [ ]			

B. ORDENAMIENTO

A. FECHA (DIA, MES, AÑO)
B. ANAMNESIS.
1. MOTIVO DE CONSULTA
2. ENFERMEDAD ACTUAL
3. ANTECEDENTES FAMILIARES
4. ANTECEDENTES PERSONALES
a). FISIOLOGICOS
b). PATOLÓGICOS
c). QUIRURGICOS
d). GINECO, OBSTETRICOS
e). MENTALES
f). TOXICO ALERGICAS
g). TRANSFUSIONES
h). TRAUMÁTICOS.
C. REVISIÓN POR SISTEMAS

D. EXAMEN FISICO
1. SIGNOS VITALES, PESO, TALLA PULSO, RESPIRACIÓN, TEMPERATURA PRESIÓN ARTERIAL.
2. ESTADO GENERAL
3. PIEL Y SUBCUTANEO
4. CABEZA, OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA
5. CUELLO
6. APARATO RESPIRATORIO
7. APARATO CARDIO VASCULAR
8. APARATO GASTRO-INTESTINAL
9. APARATO GENITO-URINARIO
10. EXAMEN GINECOLOGICO
11. TACTO RECTAL
12. APARATO LOCOMOTOR
13. EXAMEN NEUROLÓGICO
14. EXAMEN GANGLIONAR
E. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA O DIAGNOSTICO DEFINITIVO
F. PRONOSTICO
G. CONDUCTA A SEGUIR
H. FIRMA Y CÓDIGO DEL MEDICO QUE PRESENTA LA ATENCIÓN.

30/06/11 09:15 C. EXTERNA MC= "ME DUELEN LAS RODILLAS"
PACIENTE CON CUADRO DE 1 MES DE DOLOR EN
RODILLAS QUE EMPEORA CON LA MANCHA, NIEGA OTROS
SINTOMAS.
ANTECEDENTES = NIEGA TODOS
EF= PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, AFEBRIL
TA=120/80 FC=90 FR=19 C/C MUCOSA ORAL HUMEDA, C/P NORMAL
ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN EXT=
MIEMBROS INFERIORES = RODILLAS CON ARCOS COMPLETOS,
CAJON (-), BOSTESOS (-), NEURO= SIN DÉFICIT.
DX = (11) ARTROSIS.
P/: S/C RX DE RODILLAS BILATERAL.

Dr. Daniel Ortega
C.C. 1018406910
Médico General

30/06/11 11:00 PARACLINICOS= RX DE RODILLA BILATERAL, NO
SE EVIDENCIA ARTROSIS NI LESION OSEA, POR TAL
RAZON SE CONSIDERA QUE CURSA CON CONTRACCION MUSCULAR.

Dr. Daniel Ortega
C.C. 1018406910
Médico General

Gravida 12 Lab 11+00
Peso 51 kg TA 110/70
MC: "Bajo"
EF: Mala con flujo + ulceras de cuello uterino con lesión en piel alrededor de pezón izq y mama
Inter: Alto (-) OX (+) Hep (-)
Sífilis (-) Chlamy (-) Ex Citología
Gin: 6, Para: 2-00
FUR: 02-Noviembre Plan ACO
FUC: Desconocer.

EF Box: FR 22
Mucosa oral levemente lip mental.
Abd: No palpaciones
Mes: Pelvis contenedora
Dx: (1) Desquamación Areola
+ Contaminación loca
+ Bacteriuria Crónica

30-07-2014 2:40 pm
MC: "Remisión a g/o."
Usuaria la cual el resultado del 9-06-2014 Reporta anormalidad Bexu celulas epiteliales.
S.V. Peso: 50 kg TA: 100/50 mmHg
D/X: Anomalías Celulas Escamosas - Atípicas - Inter-terminadas (ASC-US)
Plan: Se remite para VX y manejo x g/o.
Se entrega remisión y se lanzada copia resultado a Hist Clínica.

GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ
SAN VICENTE DEL CAGUAN

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

NOMBRES	APELLIDOS	CEDULA DE CIUDADANÍA
Daniela	Castro Ortega	1006518059

DIRECCIÓN RESIDENCIA HABITUAL	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO
B/ 20 Julio	SVC.		3125515906

EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	MÉTODO DE PLANIFICACIÓN	TIEMPO
25	21 02 89	Jadelle.	7 MESES / AÑOS

ESTA USTED EMBARAZADA	SI	NO	FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN
	1	2	25 11 13

CITOLOGÍAS PREVIAS	SI	NO	FECHA ÚLTIMA CITOLOGÍA	CUAL FUE EL RESULTADO	NORMAL	ANORMAL	NO SABE
	1 X	2	26 06 13		1 X	2	9

ALGUNA VEZ LE PRACTICARON

CAUTERIZACIÓN EN EL CUELLO UTERINO	FECHA D M A		CONIZACIÓN DEL CUELLO UTERINO	FECHA D M A	
HISTERECTOMIA	FECHA D M A		RADIOTERAPIA EN EL UTERO	FECHA D M A	

AFECTO DEL CUELLO: Ectropion

TOMO LA CITOLOGÍA	APELLIDOS	NOMBRES	CARGO	FECHA
	Bravo Parin	Kelly Johana	Enfermería	9 06 14

LABORATORIO	FECHA LECTURA	No. DE PLACA
	17 06 14	014 3814

INFORME DE CITOLOGÍA CERVICO -UTERINA

CALIDAD DE MUESTRA

- [X] SATISFACTORIA
  - [X] CÉLULAS ENDOCERVICALES/ZONA DE TRANSFORMACIÓN PRESENTE
  - [ ] CÉLULAS ENDOCERVICALES/ZONA DE TRANSFORMACIÓN AUSENTE
- [ ] INSATISFACTORIA
  - [ ] MATERIAL ESCAMOSO ESCASO
  - [ ] CONTAMINANTES
  - [ ] EXTENDIDO GRUESO
  - [ ] MAL FIJADA
- [ ] RECHAZADA
  - [ ] LÁMINA SIN IDENTIFICAR
  - [ ] LÁMINA INCOMPLETA
  - [ ] LAMINA ROTA
  - [ ] SIN FORMATO

CATEGORIZACIÓN GENERAL

- [ ] NEGATIVA PARA LESIÓN INTRAEPITELIAL O MALIGNIDAD
- [X] ANORMALIDAD EN CÉLULAS EPITELIALES

ORGANISMOS

- [ ] TRICHOMONA VAGINALIS
- [ ] CÁNDIDA S.P
- [ ] VAGINOSIS BACTERIANA
- [ ] ACTINOMYCES S.P
- [ ] HERPES SIMPLE
- [ ] NO SE OBSERVA FLORA PATÓGENA

HALLAZGOS NO NEOPLÁSICOS

- [ ] CAMBIOS REACTIVOS ASOCIADOS A INFLAMACIÓN
- [ ] CAMBIOS REACTIVOS ASOCIADOS A RADIACIÓN
- [ ] CAMBIOS REACTIVOS ASOCIADOS A DIU
- [ ] CÉLULAS GIANDULARES POS-HISTERECTOMIA
- [ ] ATROFIA

ANOMALÍAS CÉLULAS ESCAMOSAS

- [X] ATÍPICAS
  - [X] INDETERMINADAS (ASC-US)
  - [ ] SOSPECHOSAS ALTO GRADO (ASC-H)
- [ ] LESIÓN INTRAEPITELIAL
  - [ ] BAJO GRADO (INFECCIÓN VPH, DISPLASIA LEVE, NIC I)
  - [ ] ALTO GRADO (DISPLASIA MODERADA, NIC II, DISPLASIA SEVERA, CARCINOMA IN SITU, NIC III)
- [ ] CARCINOMA ESCAMOCELULAR INFILTRANTE

ANOMALÍAS CÉLULAS GLANDULARES

- [ ] ATÍPICAS
- [ ] ATÍPICAS QUE SUGIEREN NEOPLASIA
- [ ] ADENOCARCINOMA IN SITU
- [ ] ADENOCARCINOMA INFILTRANTE
- [ ] ENDOCERVICAL
- [ ] ENDOMETRIAL
- [ ] OTROS

COMENTARIOS:

LECTURA:	ESPERANZA LLANOS T. CITOHISTOLOGA	REVISIÓN:	FECHA:

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS - 409

EVOLUCIÓN

Hoja No. _____

A. IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Castro	Ortega	Daniela	014159

EDAD (AÑOS MESES DÍAS)	SEXO	SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA
	M ☐ F ☐			

B. ORDENAMIENTO

- 1 Información dada por el paciente
- 2 Signos Vitales
- 3 Hallazgos más importantes
- 4 Complicaciones
- 5 Diagnóstico Presuntivo
- 6 Diagnóstico Definitivo
- 7 Tratamiento
- 8 Resultados del tratamiento
- 9 Cambios en el manejo del paciente
- 10 Observaciones
- 11 Firma y código de la persona que presta la atención

CPT

FECHA DIA	MES	AÑO	DETALLE
26	03	12	Usuaria viene a control de planificacion con "AO" manifiesta sentirse bien con dicho metodo se entregan dos sellos "AO" recomendaciones y cita control 22 05 12 Mu. Elvira Martinez Serrano AUXILIAR DE ENFERMERIA CC. 26 648 789
22.5.12			Usuaria que acude a control de planificacion familiar con "AO", refiere sentirse bien con el metodo, sin molestias. se entrega formula medica para reclamar los "AO". se dan recomendaciones generales mes inicia cita para el 12.04.2012
12.07.12			Usuaria que asiste al control de planificacion familiar con "AO" se le hace entrega de vales para reclamar "AO" manifiesta sentirse bien proximo control 6-09-2012 — Yohana C
6	09	12	Se realiza control de planificacion a usuaria quien refiere satisfaccion con el metodo se entregan 2 sobres de AO para iniciar el 7-09-12 se dan recomendaciones y cita de control 29-10-12 Aura Maria Silva M AUXILIAR DE ENFERMERIA CC. 36 307
29	10	12	Se realiza control de planificacion a usuaria que refiere satisfaccion con el metodo se entregan vales para reclamar AO e inicia hoy

REGISTROS MEDICOS
SIS - 409

FECHA			DETALLE
DIA	MES	AÑO	
			se dan recomendaciones cita 26-11-12 Ana
26	11	12	Usuaria viene a control de planifica
			cion con AOU refiere satisfacción
			con el metodo se entrega un sello
			AOU iniciar 27-11-12 recomendaciones
			generales cita control 18-12-12
			Maria Elena Martinez Serrano
			Aux. Enfermeria
			AUXILIAR DE ENFERMERIA
			CC. 25 648 789
18	12	12	Se realiza control de planificacion a
			maria quien refiere satisfaccion con el
			metodo se entrega dos sobres de AO
			para iniciar. hoy se dan recomenda
			ciones y cita 11-02-13 Ana
11	02	13	Se realiza control de planificacion a ma
			ria quien refiere satisfaccion con el me
			todo se entrega 2 sobres de AO para
			iniciar el 12-02-13 se dan recomenda-
			ciones y cita 9-04-13 Ana
09	04	13	Usuaria quien asiste a CPF. se entre-
			ga orden para A.O (2 sobres) se dan
			indicaciones inicia hoy, se asigna
			cita 04/06/2013.
04	06	13	Usuaria quien asiste a CPF, se entrega
			orden de AO (2 sobres) asi: 1 sobre
			Martes 04/06/2013 2 sobre Martes 02/07/2013
			se asigna cita 30/07/2013.
30	07	13	Usuaria quien asiste a CPF, se entrega orden para
			AO que inicia asi 1 sobre: Martes 30/07/13 2º
			sobre 27/08/13 cita 24/09/13.

64

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS 409

EVOLUCIÓN

Hoja No._____

A. IDENTIFICACIÓN

1er Apellido	2do Apellido (o de Casada)	Nombres	No. HISTORIA CLINICA
Castro	Ortega	Daniela	01 4 1 0 9

EDAD (Años Meses Días)	SEXO	Servicio	Sala o Cuarto	No. de Cama
	M☐ F☐	PYP	CPF.	

B. ORDENAMIENTO

- 1 Información dada por el paciente
- 2 Signos Vitales
- 3 Hallazgos más importantes
- 4 Complicaciones
- 5 Diagnóstico presuntivo
- 6 Diagnóstico Definitivo
- 7 Tratamiento
- 8 Resultados del tratamiento
- 9 Cambios en el manejo del paciente
- 10 Observaciones
- 11 Firma y código de la persona que presta la atención

FECHA Día	Mes	Año	DETALLE
			24/09/2013 Usuaria no asiste a CPF.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS - 406

ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

A. IDENTIFICACIÓN

1 er Apellido	2 do Apellido (o casada)	Nombres	No. Historia Clínica

B. ANTECEDENTE

1. FAMILIARES

	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE
1. HIPERTENSIÓN	☐	☐	☐	4. HEPATOPATIAS	☐	☐	☐
2. DIABETES	☐	☐	☐	5. TUMORES	☐	☐	☐
3. CARDIOPATIAS	☐	☐	☐	6. MENTALES	☐	☐	☐

2. PERSONALES

	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE
1. HIPERTENSIÓN	☐	☐	☐	9. MENTALES	☐	☐	☐
2. DIABETES	☐	☐	☐	10. INFECCIÓN PELVICA	☐	☐	☐
3. CARDIOPATIAS	☐	☐	☐	11. INFECCIÓN CERVICAL	☐	☐	☐
4. HEPATOPATIAS	☐	☐	☐	12. FLUJO VAGINAL	☐	☐	☐
5. NEFRITIS	☐	☐	☐	13. CIRUGÍA GINECOLÓGICA	☐	☐	☐
6. TUMORES	☐	☐	☐	14. OTROS	☐	☐	☐
7. TROMBOFLEBITIS	☐	☐	☐	15. RESULTADO CITOLOGÍA PREVIA	☐	☐	☐
8. FUMA	☐	☐	☐				

CUANTOS DIARIOS _____

FECHA DIA ☐☐ MES ☐☐ AÑO ☐☐

ESCOLARIDAD

- PRIMARIA INCOMP. ☐
- PRIMARIA COMPLETA ☐
- SECUND. INCOMP. ☐
- SECUND. COMPLETA ☐
- UNIVERSIDAD ☐
- OTRA (cúal) _____

3. HISTORIA DE EMBARAZOS ANTERIORES

No. DE ORDEN	TERMINACIÓN DEL EMBARAZO					PRODUCTO NÚMERO	
	AÑO DE TERMI-NACION.	MES DE GESTACIÓN	PARTO VAGINAL	CESAREA	ABORTO	NACIDOS VIVOS	NACIDOS MUERTOS

No. DE HIJOS VIVOS ACTUALMENTE _____ ☐☐

OBSERVACIONES

OTROS ANTECEDENTES GINECO, OBSTETRICOS, MENARQUIA, CICLOS, GRAVIDEZ, PARIDAD, ABORTOS, EMBARAZOS ECTÓPICOS, CIRUGÍA Y OTROS.

4. HISTORIA MENSTRUAL

CICLO REGULAR SI ☐ NO ☐

FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN

DIA	MES	AÑO

TRASTORNOS MENSTRUALES SI ☐ NO ☐

TIPO _____

5. HISTORIA ANTICOCEPCIONAL

HA UTILIZADO ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO ANTES DE ESTA CONSULTA SI ☐ NO ☐

METODO UTILIZADO	TIEMPO DE UTILIZACIÓN		PRESCRITO EN				PROBLEMAS
	DE:	A:	MINSALUD	PROFAMILIA	OTRO	NINGUNO	

IMPRESOS CAMACHO F. TEL: 435 4686 CEL: 314 3589202

REGIST OS MEDICOS
S S - 406

C. EXAMEN FÍSICO

1. PESO _____
2. TENSIÓN ARTERIAL _____
3. MAMAS NORMALES — SI ☐ NO ☐
4. SIGNOS DE EMBARAZO — SI ☐ NO ☐
5. No. DE SEMANAS ☐☐
6. CERVIX NORMAL — SI ☐ NO ☐
7. UTERO Y ANEXOS NORMALES — SI ☐ NO ☐
8. MIEMBROS INFERIORES: EDEMA — SI ☐ NO ☐; VARICES — SI ☐ NO ☐
9. OTROS HALLAZGOS (Cuáles) _____

OBSERVACIONES _____

D. EXÁMENES PRACTICADOS

PRUEBA DE EMBARAZO — SI ☐ NO ☐ RESULTADO _____ FROTIS DE FLUJO — SI ☐ NO ☐

CITOLOGÍA CERVICO-VAGINAL — SI ☐ NO ☐ RESULTADO _____ OTROS _____

E. RIESGO REPRODUCTIVO

ALTO ☐ MEDIO ☐ BAJO ☐

F. MÉTODO ADOPTADO

PÍLDORA ☒	D.I.U. ☐	INYECTABLE ☒	ESTERILIZAC ☐	OTROS ☐	FECHA	ATENDIDO POR:
AO (CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	Implanon (CUAL)	DIA MES AÑO	MEDICO ☐ ENFERMERA ☐ AUXILIAR ☐

G. CONSULTAS - CONTROLES ENFERMARÍAS

DIA MES AÑO	18/12/12	11-02-13	9/04/13	04/06/13	30/7/13	20/Dic/13	27-01
PESO (Kg)	48	49	50	49 kg	50 kg	49 kg	50 K
TENSIÓN ARTERIAL	110/70	110/70	110/60	110/70	110/70	110/70	100/70
MÉTODO UTILIZADO DESDE LA ULTIMA ATENCIÓN	AO	AO	AO	"AO"	"AO"	Implante	Implan
SATISFACCIÓN CON EL MÉTODO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
TRANSTORNOS MENSTRUALES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
CEFALEAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
MAREOS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
MANCHAS EN LA PIEL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
MOLESTIAS EN MAMAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
EDEMA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
VARICES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
EXPULSIÓN DISPOSITIVOS							
DOLOR BAJO VIENTRE							
FLUJO VAGINAL							
SÍNTOMAS URINARIOS							
CITOLOGIA — RESULTADO							
CITOLOGIA — FECHA							
RIESGO REPRODUCTIVO							
CAMBIO DE METODO — CUAL							
CAMBIO DE METODO — FECHA							
REMISIÓN A:							
FECHA PRÓXIMA CITA	11-02-13	9-04-13	04/06/13	30/07/13	24/09/13	18/03/14	27-01-16
ATENDIDO POR	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

GOBERNACION DEL CAQUETA
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

CONTROL DEL JOVEN

65.

Asmed 014159
1006518059

CLAP/SMR OPS/OMS HISTORIA DEL ADOLESCENTE ESTABLECIMIENTO | H.C No. 014159

APELLIDO Y NOMBRE: Daniela Castro Ortega
DOMICILIO: B/ Victoria
LOCALIDAD: San Vicente Código: Tel: Domicilio ☐ Mensaje ☐
LUGAR DE NACIMIENTO: San Vicente Celular: 3133728878
FECHA DE NACIMIENTO: Día 12 Mes 02 Año 89
SEXO: F ☒ M ☐

CONSULTA PRINCIPAL No. 01
FECHA: Día 03 Mes 08 Año 16
EDAD: años 23 meses
ACOMPAÑANTE: solo ☒ madre ☐ padre ☐ ambos ☐ pareja ☐ amigo/a ☐ pariente ☐ otros ☐
ESTADO CIVIL: Soltero ☐ unión estable ☒ separado ☐

Esta Color Significa ALERTA

Motivos de consulta según adolescente:	Motivos de consulta según acompañante:
1 Control joven	1 familias acción
2	2
3	3

Observaciones relevantes

ANTECEDENTES PERSONALES

PERINATALES normales	CRECIMIENTO normal	DESARROLLO normal	VACUNAS COMPLETAS	ENFERMEDADES CRONICAS	ENFERMEDADES INFECTO CONTAGIOSAS	ACCIDENTES INTOXICACIÓN	CIRUGÍA HOSPITALIZAC.	USO DE MEDICINA O SUSTANCIAS	TRASTORNOS PSICOLOGICOS	MALTRATO	JUDICIALES	OTROS
si / no se / no	si / no se / no	si / no se / no	si / no se / no	no / no se / si	no / no se / si	no / no se / si	no / no se / si	no / no se / si	no / no se / si	no / no se / si	no / no se / si	no / si

Observaciones

ANTECEDENTES FAMILIARES

DIABETES	OBESIDAD	CARDIOVASC. (HTA, miocardio, etc.)	ALERGIA	INFECCIONES	TRASTORNOS PSICOLÓGICOS	ALCOHOL DROGAS	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	MADRE ADOLESC.	JUDICIALES	OTROS
no / no se / si	no / no se / si	no / no se / si	no / no se / si	no / no se / si	no / no se / si	no / no se / si	no / no se / si	no / no se / si	no / no se / si	no / si

Observaciones: abuela Hipertense

FAMILIA

CONVIVE CON: no / En la casa / En el cuarto
- madre
- padre
- madrastra
- padrastro
- hermanos
- pareja ☒
- hijo ☒
- otros

VIVE: no / si
- en instituc.
- en la calle
- solo
- COMPARTE LA CAMA ☒

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Padre o sustituto		Madre o sustituto
☐	analfabeto	☐
☐	prim. incomp.	☐
☐	primario	☐
☐	secund/ técnico	☐
☐	univ./tercierio	☐

TRABAJO

Padre o sustituto		Madre o sustituto
☐	ninguno	☐
☐	no estable	☒
☐	estable	☐

OCUPACIÓN: Empleada Domestica

PERCEPCIÓN FAMILIAR DEL ADOLESCENTE: Buena ☒ Regular ☐ Mala ☐ No hay relación ☐

DIAGRAMA FAMILIAR

Belsy Ortega
Jairo Castro

Observaciones: construcción en casa

VIVIENDA

	si	no
ENERGÍA ELÉCTRICA	☒	☐
	en el hogar	fuera del hogar
AGUA	☒	☐
EXCRETAS	☒	☐

NUMERO DE CUARTOS: 02

Observaciones

HOASAVA-05-07

EDUCACIÓN

ESTUDIA	NIVEL	GRADO CURSO	AÑOS APROBADOS	PROBLEMAS EN LA ESCUELA	AÑOS REPETIDOS	DESERCIÓN/ EXCLUSIÓN	EDUCACIÓN NO FORMAL
si [ ] no [X]	No. escolariz. [✓] Prim. [ ] Sec. [X] Univ. [ ]	04	04	no [X] si [ ]	Causa: NO	no [ ] si [X] Causa:	no [ ] si [X] Cual?

TRABAJO

ACTIVIDAD	EDAD INICIO TRABAJO	TRABAJO	HORARIO DE TRABAJO	RAZÓN DE TRABAJO	TRABAJO LEGALIZADO	TRABAJO INSALUBRE	TIPO DE TRABAJO
[X] trabaja [ ] busca 1ra. vez [ ] no y no busca [ ] desocupado	14 años	40 horas por semana	mañana [X] todo el día [ ] tarde [ ] noche [ ] fin de semana [ ] n/c [ ]	[X] económica [ ] autonomía [ ] me gusta [ ] otra [ ] n/c	si [ ] no [ ] n/c [✓]	no [✓] si [ ] n/c [ ]	Empleada doméstica

Observaciones

VIDA SOCIAL

ACEPTACIÓN	NOVIO/A	ACTIVIDAD GRUPAL	DEPORTE	OTRAS ACTIVIDADES
aceptado [✓] ignorado [ ] rechazado [ ] no sabe [ ]	si [ ] no [ ] AMIGOS si [X] no [ ]	si [X] no [ ]	01 horas por semana TV 01 horas por día	si [ ] no [ ] Cuáles? Fútbol

Observaciones

HÁBITOS

SUEÑO NORMAL	ALIMENTACIÓN ADECUADA	COMIDAS POR DÍA	COMIDAS POR DÍA CON FAMILIA	TABACO	EDAD INICIO TABACO	ALCOHOL	EDAD INICIO ALCOHOL	OTRO TOXICO	CONDUCE VEHICULO
si [X] no [ ] horas 12	si [✓] no [ ]	3	3	00 cigarrillos por día	años	03 equivalente a litros de cerveza por semana	14 años	no [X] si [ ] frecuencia y tipo	no [ ] si [✓] Cuál? Moto

Observaciones

GINECOUROLOGICO

MENARCA/ESPERMARCA	FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN	CICLOS REGULARES	DISMENORREA	FLUJO PATOLOGICO/ SECRECIÓN PENEANA	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	EMBARAZOS / HIJOS / ABORTOS
años meses 12	No conoce [ ] No corresp. [ ] día mes año 23 04 12	si [X] no [ ] n/c [ ]	no [X] si [ ] n/c [ ]	no [X] si [ ]	no [X] si [ ] Cuál?	1 / 1 / 0

Observaciones

SEXUALIDAD

NECESITA INFORMACIÓN	RELACIONES SEXUALES	PAREJA	EDAD INICIO REL. SEX.	voluntarias	PROBLEMAS EN REL. SEX.	ANTICONCEPCIÓN	CONDÓN	ABUSO SEXUAL
si [ ] no [ ]	no [ ] hetero [ ] homo [ ] ambas [ ]	[X] pareja única [ ] varias parejas [ ] n/c	15 años	si [X] no [ ]	si [ ] no [X] n/c [ ]	[X] siempre [ ] nunca [ ] a veces [ ] n/c	[ ] siempre [X] nunca [ ] a veces [ ] n/c	no [X] si [ ]

Observaciones Ginecoobstétrica

SITUACIÓN PSICOEMOCIONAL

IMAGEN CORPORAL	AUTO PERCEPCIÓN	REFERENTE ADULTO	PROYECTO DE VIDA
[ ] conforme [ ] crea preocupación [X] impide relación con demás	[ ] triste [ ] nervioso [ ] alegre [ ] muy tímido [ ] otro	[ ] padre [ ] otro fam. [ ] madre [ ] fuera del hogar [X] ninguno	[ ] confuso [ ] clara [X] ausente

Observaciones

EXAMEN FÍSICO

ASPECTO GENERAL	PESO (Kg)	TALLA (mm)	Centil peso/edad	Centil talla/edad	Centil peso/talla	PIEL Y FANERAS	CABEZA	AGUDEZA VISUAL	AGUDEZA AUDITIVA	BOCA Y DIENTES	CUELLO Y TIROIDES
normal [✓] anormal [ ]	54	150				normal [✓] anormal [ ]	normal [✓] anormal [ ]	normal [✓] anormal [ ]	normal [✓] anormal [ ]	normal [✓] anormal [ ]	normal [✓] anormal [ ]

TORAX Y MAMAS	CARDIO-PULMONAR	PRESION ARTERIAL / FRECUENCIA CARDIACA	ABDOMEN	GENITO-URINARIO	TANNER	COLUMNA	EXTREMIDADES	NEUROLOGICO
normal [✓] anormal [ ]	normal [✓] anormal [ ]	latidos/min.	normal [✓] anormal [ ]	normal [✓] anormal [ ]	mamas [ ] vello pub. [ ] genitales [ ]	normal [✓] anormal [ ]	normal [✓] anormal [ ]	normal [✓] anormal [ ]

Observaciones

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA INTEGRAL Joven sano

INDICACIONES E INTERCONSULTAS

Responsable Próximo control

Fecha próxima visita día 01 mes 08 año 13

Este Color Significa ALERTA

HCAESRVA-06/07

CAQUETÁ
Gobierno de Oportunidades

REPUBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACION DE CAQUETÁ
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT: 891.190.011-8

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL

NOTA PLANIFICACION FAMILIAR

15.000-

IDENTIFICACION Daniela Castro Ortega HCL N° 014159 CC: 1006518057

MC: Planificación familiar Edad: 24 años

Anamnesis: Antecedentes: patológicos: (–), Qx: (–), Alergias medicamentosas (–), familiares (–)

GO: G_1 P_1 C_0 A_0 V_1 M_0, FUM: 12-10-13 Actualmente planifica NO Método ——

Fecha de la última administración —— gravindex negativo del 14/11/2013.

Examen Físico: Normal Peso: 80 kg, Talla: 1,50 cm, IMC: 22,2, TA: 100/50 MmHg

Previa asesoría de Planificación familiar, decide utilizar el implante subdermico "Implanon NXT" por 3 años. Se brinda información sobre ventajas, desventajas, eficacia, mecanismo de acción, importancia de utilización de método de barrera (preservativo) para doble protección durante 1 mes a partir de la fecha. Se orienta sobre posibles efectos secundarios como: cefalea, cambios en el patrón de sangrado, labilidad emocional, ansiedad, cambios en el peso, mastalgia. Previa firma de consentimiento informado, se procede a la inserción del implante.

Descripción del procedimiento

Previa asepsia y antisepsia de cara superior interna del brazo izquierdo Se hace infiltración con 2cc de lidocaína al 2% sin Epinefrina. Con el aplicador pre cargado, se realiza la inserción de implante subdermico, se solicita a usuaria verificar la inserción a través de la palpación. Se realiza afrontamiento con esparadrapo pequeño y se deja cubierto con gasa y esparadrapo compresivo. Procedimiento sin complicaciones, se entrega carnet de seguimiento y se dan recomendaciones:

Retirar vendaje en 3 dias, no mojar el vendaje, no aplicar frio o calor en el sitio de inserción, no levantar objetos pesados o realizar movimientos que le exijan fuerza con el brazo que tiene el implante mínimo por 10 dias, Usar preservativo durante 1 mes, consultar de inmediato ante presencia de signos de alarma. Cita de control en 1 mes.

Dra Yuov Andrea Florez G
C.C 40.611.126
UCC Medico General

Firma del profesional

Implanon NXT®

Lote No.: 358688/422881

Para Archivo del Médico

GOBIERNO NACIONAL DEL CAQUETÁ
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
SAN VICENTE DEL CAGUAN
NIT. 891.190.011-8

EXAMEN DE LABORATORIO CLÍNICO

NOMBRE DEL USUARIO Dorsa Gaba Olaya IDENTIFICACIÓN _____ HC 014159 EDAD 24
MÉDICO Kelly Brand FECHA 14/1/2013 SERVICIO Pyo EPS Asbot

HEMATOLOGÍA	RESULTADO	VALOR NORMAL	QUÍMICA SANGUÍNEA	RESULTADO	VALOR NORMAL
HEMOGLOBINA		H42-52/M37-47%	GLICEMIA		70-110mg/dl
HEMATOCRITO		H14-17/M12-16g/dl	COLESTEROL		Hasta 200 mg/dl
LEUCOCITOS		5.000-10.000 mm	HDL-C		H37-70/M40-85 mg/dl
NEUTROFICOS		50-65%	LDL-C		Menor a 130mg/dl
LINFOCITOS		20-40%	TRIGLICÉRIDOS		Hasta 150 mg/dl
MONOCITOS		2-8%	ÁCIDO ÚRICO		H 3,4-7, 0/M 2,4-5,7mg/dl
EOSINOFILIOS		1-15%	BUN		7-18mg/dl
BASOFILIOS		0-2%	UREA		10-50mg/dl
CAYADOS		0-2%	CRATININA		H 0.7-1.2/M0.5-1.0ml/dl
VSG		H 0-5/M 0-20 mm	BIL. TOTAL		Hasta 1.0mg/dl
PLAQUETAS		150 - 450/mm	BIL. DIRECTA		Hasta 0.25 mg/dl
HEMOPARÁSITOS			BIL. INDIRECTA		

UROANÁLISIS			COPROLÓGICO		FROTIS VAGINAL/URETRAL
EXAMEN FÍSICO-QUÍMICO	EXAMEN MICROSCÓPICO		COLOR		
COLOR	LEUCOCITOS		CONSISTENCIA		FRESCO:
ASPECTO	HEMATIES		OLOR	ALMIDÓN	CÉLULAS GUÍA
PH	CEL. EPITELIALES		MOCO	GRASAS	TRICHOMONAS
DENSIDAD	CEL. RENALES		HEMATIES		HONGOS
GLUCOSA	BACTERIAS		LEVADURAS		
PROTEÍNAS	MOCO		FLORA BACTERIANA		GRAM
CETONAS	CRISTALES		REACCIÓN LEUCOCITARIA		PMN:
SANGRE			PARÁSITOS INTESTINALES:		FLORA BACTERIANA
NITRITOS	CILINDROS:				
UROBIL.					
LEUCOCITOS					
OTROS					

INMUNOLOGÍA	RESULTADO	VALOR NORMAL	VARIOS
VDRL		NO REACTIVO	GRAVINDEX Negativo a la fecha
PCR		MENOR DE 6mg/dl	Ags VIH
RA		NEGATIVO PARA FR	Ags HB
ASTOS		MENOR DE 200 UI/ml	PT
Ags Febriles			PTT
1. Tifipico O			BACILOSCOPIA
2. Tifico H			
3. Paratifico A			FROTIS PARA LEISHMANIA
4. Paratifico B			
5. Brucella Abortus			
6. Proteus OX19			

Dennis A. Castro Salazar
BACTERIÓLOGA
U.C.M.C.
REG. PRO. 4288

BACTERIÓLOGO

BACTERIÓLOGO

Implanon

Etonogestrel

Reg. No. INVIMA 2010-M-0010110

Copia para el expediente de la paciente

68

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA USUARIA

Por medio de la presente, autorizo al Dr Yudy Flora, para que proceda a la inserción del implante subdermico denominado Implanon ® (etonogestrel) Mi medico me ha informado de manera detallada los beneficios y posibles efectos secundarios de usar un metodo anticonceptivo que se basa en los siguientes aspectos

a. Que es un método anticonceptivo hormonal para 3 años.
b. Su eficacia anticonceptiva es de las más altas dentro de la gama de métodos anticonceptivos.
c. Requiere de hacer una limpieza de la zona donde se coloca el implante, y de aplicación local de un poco cantidad de anestesia
d. Es una varilla con una hormona anticonceptiva denominada etonogestrel, flexible, que mide 4 cm de largo y 2mm de diámetro. Se inserta de manera sencilla, en el consultorio, colocando el implante por debajo de la piel en la parte anterior del brazo.
e. El implante se debe palpar ya insertado Se verificara que el implante este bien colocado y se le pedirá a la usuaria que también lo palpe
f. Explicación completa de los posibles efectos secundarios tales como el que un porcentaje de pacientes puedan llegar a presentar alteraciones en el patrón de sangrado mensual como: amenorrea (ausencia de la menstruación) durante o hasta los 3 años del Implante, sangrado o goteo durante algunos dias del ciclo menstrual Otros de los posibles efectos, aunque con una muy baja incidencia, que se pueden presentar durante los primeros meses son dolor de cabeza, mareos, y náuseas y tienden a disminuir en poco tiempo
g. El uso del implante no pone en riesgo la fertilidad, debido a que despues del retiro se presenta un [illegible] normal y vuelve a su condición original (como estaba antes de aplicar Implanon ®
h. El procedimiento de retiro consta en aplicar anestesia local en uno de los extremos del Implante, en el mismo sitio se realizara una pequeña incisión de 1 a 2 mm con un bisturi y se extrae Esta incisión no requiere de sutura se recomienda un vendaje por 24 horas

También se me ha explicado de manera detallada que Implanon® tiene una duración de 3 años de efectividad anticonceptiva y que deberá ser retirado al cumplirse ese periodo o que puedo solicitar su retiro antes de ese tiempo cuando yo lo considere conveniente. Asi mismo se me entregara una tarjeta informativa en donde aparecen la fecha de inserción y retiro del implante, el brazo donde se me ha colocado y el número de lote del producto

Firmo este CONSENTIMIENTO por mi libre voluntad y sin haber estado sujeta a ningún tipo de presión o coerción para hacerlo, conociendo que esta información es estrictamente confidencial, para ser conservada en mi expediente medico

Dra Yudy Angela Flórez
C.C 40611120
UCC Medicos

Daniela Castro	NOV - 15/2013.	
Nombre y Firma de la usuaria 1006518059	Fecha	Nombre y Firma del medico

Implanon NXT®

Lote No.: 358688/422881

Para Archivo del Paciente

46168/520

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS 409

EVOLUCIÓN

Hoja No.

A. IDENTIFICACIÓN

1er Apellido	2do Apellido (o de Casada)	Nombres	No. HISTORIA CLINICA
Castro	Ortega	Daniela	0 1 4 1 5 9

EDAD (Años Meses Días)	SEXO	Servicio	Sala o Cuarto	No. de Cama
24	M ☐ F ☑	CPF		

B. ORDENAMIENTO

- 1 Información dada por el paciente
- 2 Signos Vitales
- 3 Hallazgos más importantes
- 4 Complicaciones
- 5 Diagnóstico presuntivo
- 6 Diagnóstico Definitivo
- 7 Tratamiento
- 8 Resultados del tratamiento
- 9 Cambios en el manejo del paciente
- 10 Observaciones
- 11 Firma y código de la persona que presta la atención

FECHA Día	Mes	Año	DETALLE
20	11	13	Usuaria quien asiste a control de planificación
	9:50 Am		para revisión de implante subdermico, se observa
			sitio de inserción limpio sin signos de infección
			con hematomas. Sin signos de sangrado.
			Usuaria que refiere sentirse satisfecha con el
			método, se dan instrucciones y recomendaciones
			generales se da cita para el 20-12-13
			20/01/13 usuaria quien asiste a cita de CPF con.
			Implante subdermico, area de inserción sin hema-
			toma, usuaria refiere bien, Me rasco, Signos de
			Sangrado, se dan recomendaciones generales, se
			asigna cita para el dia 18/03/14 — Jessica Corrales —
	23	12	1ª usuaria no asiste a CPF — Susana de [illegible]
	2	01-15	MC control de planifica con familiar
			CA-Asintomática Antfam
			Ant toxicos EF sin alteraciones. Me-
			todo suministrado inyectable Implante sub
			dermica. Se observa sitio de insicion sano
			se palpa una barra en cara superior interna del
			brazo izquierda, no presenta ninguna altera-
			cion refiere tener Amenorrea de un año
			se recomienda usar no realizar fuerzas exc
			esivas en MSI. no realizar Torniquete, se edu-
			ca sobre signos de alarma importancia de

FECHA			DETALLE
DÍA	MES	AÑO	
			Los controles uso correcto del método pre-
			vencion ITS esta control 27-01-16
			Lorena Mahecha
20	08	15	Ingresa usuaria de 28 años de edad al
			programa de planifica familiar a retiro
			de implante subdermico, se explica
			procedimiento, se realiza retiro con previa
			asepsia y antisepsia sin ninguna complicación
			Se dan recomendaciones generales, a la vez
			inicia con metodo oral, se explica ventajas
			Desventajas, posibles riesgos, se entrega
			suministro para 3 meses la cual se inicia
			asi: 1er sobre: hoy 2do sobre: 17-09-15 3er sobre
			15-10-15. toma por 21 dias, descansando 7 dias
			al octavo dia inicia nuevo sello, se educa sobre
			signos de alarma, importancia de los controles
			uso correcto del metodo, prevencion ITS, proxima
			cita 11-11-2015. Se recomienda uso de
			preservativo. — Lorena Mahecha —
11	11	15	MC: "Consulta planifica familiar"
			EA: asintomatica. Ant toxicos: Niega
			Ant Fam: Niega. EF: Sin alteraciones
			Metodo suministrado AO, se entrega para 3
			meses el cual se inicia asi 1caja: 12-11-15 2caja:
			10-12-15 3caja: 07-01-16 toma por 21 dias,
			descansando 7 dias, al octavo dia inicia nuevo sello
			se educa sobre signos de alarma, importancia de
			los controles, uso correcto del metodo, prevencion ITS,
			proxima cita, 02-02-16 — Lorena Mahecha —
2	02	16	MC Control de planificacion familiar
			EA Asintomatica ant Diabetes HTA
			Ant toxicos (-) EF Sin Alteraciones metodo
			Suministrado AO se entrego orden para re-
			clamar 3 sobres AO iniciar ASI 1 sobre
			4-02-16 2° sobre 3-03-16 3 sobre 30-03-16

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS - 406

70

ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

A. IDENTIFICACIÓN

1 er Apellido	2 do Apellido (o casada)	Nombres	No. Historia Clinica
Castro	Ortega	Daniela	014159

B. ANTECEDENTE

1. FAMILIARES

	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE
1. HIPERTENSIÓN				4. HEPATOPATIAS			
2. DIABETES				5. TUMORES			
3. CARDIOPATIAS				6. MENTALES			

2. PERSONALES

	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE
1. HIPERTENSIÓN				9. MENTALES			
2. DIABETES				10. INFECCIÓN PELVICA			
3. CARDIOPATIAS				11. INFECCIÓN CERVICAL			
4. HEPATOPATIAS				12. FLUJO VAGINAL			
5. NEFRITIS				13. CIRUGÍA GINECOLÓGICA			
6. TUMORES				14. OTROS			
7. TROMBOFLEBITIS				15. RESULTADO CITOLOGÍA PREVIA			
8. FUMA							

CUANTOS DIARIOS _____

FECHA DIA MES AÑO

ESCOLARIDAD

- PRIMARIA INCOMP. ☐
- PRIMARIA COMPLETA ☐
- SECUND. INCOMP. ☐
- SECUND. COMPLETA ☐
- UNIVERSIDAD ☐
- OTRA (cúal) _____

3. HISTORIA DE EMBARAZOS ANTERIORES

No. DE ORDEN	TERMINACIÓN DEL EMBARAZO: AÑO DE TERMINACION	MES DE GESTACIÓN	PARTO VAGINAL	CESAREA	ABORTO	PRODUCTO NUMERO: NACIDOS VIVOS	NACIDOS MUERTOS

No. DE HIJOS VIVOS ACTUALMENTE _____

OBSERVACIONES

OTROS ANTECEDENTES GINECO, OBSTETRICOS, MENARQUIA, CICLOS, GRAVIDEZ, PARIDAD, ABORTOS, EMBARAZOS ECTÓPICOS, CIRUGÍA Y OTROS.

4. HISTORIA MENSTRUAL

CICLO REGULAR SI ☐ NO ☐

FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN: DIA MES AÑO

TRASTORNOS MENSTRUALES SI ☐ NO ☐

TIPO _____

5. HISTORIA ANTICOCEPCIONAL

HA UTILIZADO ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO ANTES DE ESTA CONSULTA SI ☐ NO ☐

METODO UTILIZADO	TIEMPO DE UTILIZACIÓN DE:	A:	PRESCRITO EN MINSALUD	PROFAMILIA	OTRO	NINGUNO	PROBLEMAS

C. EXAMEN FISICO

1. PESO 52 kg
2. TENSIÓN ARTERIAL 100/70
3. MAMAS NORMALES — SI [ ] NO [ ]
4. SIGNOS DE EMBARAZO — SI [ ] NO [ ]
5. No. DE SEMANAS [ ][ ]
6. CERVIX NORMAL — SI [ ] NO [ ]
7. UTERO Y ANEXOS NORMALES — SI [X] NO [ ]
8. MIEMBROS INFERIORES: EDEMA — SI [ ] NO [X]; VARICES — SI [ ] NO [X]
9. OTROS HALLAZGOS (Cuáles) _____

OBSERVACIONES _____

D. EXÁMENES PRACTICADOS

	SI	NO			SI	NO
PRUEBA DE EMBARAZO	[ ]	[X]	RESULTADO _____	FROTIS DE FLUJO	[ ]	[ ]
CITOLOGÍA CERVICO-VAGINAL	[ ]	[ ]	RESULTADO _____	OTROS _____		

E. RIESGO REPRODUCTIVO

ALTO [ ] MEDIO [X] BAJO [ ]

F. MÉTODO ADOPTADO

PILDORA [ ]	D.I.U. [ ]	INYECTABLE [ ]	ESTERILIZAC [ ]	OTROS [ ]	FECHA	ATENDIDO POR:
Shanol (CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	20 8 15 (DIA MES AÑO)	MEDICO [ ] ENFERMERA [ ] AUXILIAR [ ]

G. CONSULTAS - CONTROLES ENFERMARÍAS

DIA MES AÑO		20-8-15	11-11-15	2-02-16	28-04-16			
PESO (Kg)		52 kg		54 kg	55 kg			
TENSIÓN ARTERIAL		100/70	110/70	110/80	110/70			
MÉTODO UTILIZADO DESDE LA ULTIMA ATENCIÓN		Implanon	AO	AO	AO			
SATISFACCIÓN CON EL MÉTODO		SI	SI	SI	SI			
TRANSTORNOS MENSTRUALES		SI	NO	NO	NO			
CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO		NO	NO	NO	NO			
CEFALEAS		NO	NO	NO	NO			
MAREOS		NO	NO	NO	NO			
MANCHAS EN LA PIEL		NO	NO	NO	NO			
MOLESTIAS EN MAMAS		NO	NO	NO	NO			
EDEMA		NO	NO	NO	NO			
VARICES		NO	NO	NO				
EXPULSIÓN DISPOSITIVOS		NO	NO					
DOLOR BAJO VIENTRE		—						
FLUJO VAGINAL		—						
SÍNTOMAS URINARIOS		—						
CITOLOGIA	RESULTADO	Neg						
	FECHA	09-6-14						
RIESGO REPRODUCTIVO		M						
CAMBIO DE METODO	CUAL	Implanon						
	FECHA	Shanol 20-8-15						
REMISIÓN A:								
FECHA PRÓXIMA CITA				28-02-16	19-05-16			
ATENDIDO POR		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			

Dra. Sonia de Díaz
MEDICO
Reg. No. 2525

47
47.

HOSPITAL SAN RAFAEL

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (E.S.E.)
NIT. 891190011-8

REGISTROS MEDICOS
SIS 407A

ATENCION ODONTOLOGICA PROGRAMADA

A. IDENTIFICACIÒN

1er Apellido	2do Apellido (o de Casada)	Nombres	No. HISTORIA CLINICA
CASTRO	ORTEGA	DANIELA	0 1 4 1 5 9

FECHA: 21 (DIA) 12 (MES) 2010 (AÑO)

GRUPO DE POBLACION: 2 a 14 AÑOS ☐ EMBARAZADAS ☐ OTROS 21 AÑOS.

B. ANAMNESIS

DATOS BASICOS SOBRE	SI	NO	NO SABE
1. Tratamiento Médico	☐	☐	☐
2. Ingestiòn de Medicamentos	☐	☐	☐
3. Reacciones Alèrgicos	☐	☐	☐
4. Hemorragias	☐	☐	☐
5. Irradiaciones	☐	☐	☐
6. Sinusitis	☐	☐	☐
7. Enfermedades Respiratorias	☐	☐	☐
8. Cardiopatias.	☐	☐	☐
9. Diabetes.	☐	☐	☐
10. Fiebre Reomàtica.	☐	☐	☐

	SI	NO	NO SABE
11. Epicrisis	☐	☐	☐
12. Hipertensiòn Arterial	☐	☐	☐

13. Otras Enfermedades: No registra

14 Hàbito de Higuiene Oral

Cepillado NO ☐ SI ☐ — 2 veces (CUANTAS VECES)

Seda Dental SI ☐ NO ☐

15. Otros

Observaciones: No registra

C. EXAMEN FISICO ESTOMATOLOGICO

TEMPERATURA	PULSO	TENSION ARTERIAL	RESPIRACIÒN

	NORMAL	ANORMALES
1 ARTICULACIÒN TEMPORAL MANDIBULAR	☐	☐
2 LABIOS	☐	☐
3 LENGUA	☐	☐
4 PALADAR	☐	☐
5 PISO DE LA BOCA	☐	☐
6 CARRILLOS	☐	☐
7 GLANDULAS SALIVALES	☐	☐
8 MAXILARES	☐	☐

	NORMAL	ANORMALES
9 SERAS MAXILARES	☐	☐
10 MUSCULOS MÀSTICADORES	☐	☐
11 SISTEMA		
- NERVIOSO	☐	☐
- VASCULAR	☐	☐
- LINFATICO REGIONAL	☐	☐
12 FUNCIÒN DE OCTUSIÒN	☐	☐

OBSERVACIONES: NINGUNA.

Si no se encuentra listo en el Programa Materno infantil remitirla al mèdico

EXAMEN DENTAL

	SI	NO		SI	NO
1. Supernumerarios	☐	☒	5. Placa Blanda	☒	☐
2. Abrasión	☐	☒	6. Placa Calcificada	☒	☐
3. Manchas	☐	☒	7. Otros (Cuál)		
4.Patologia Pulpar	☐	☒			

OBSERVACIONES:

EVALUACION DEL ESTADO PERIODONTAL:

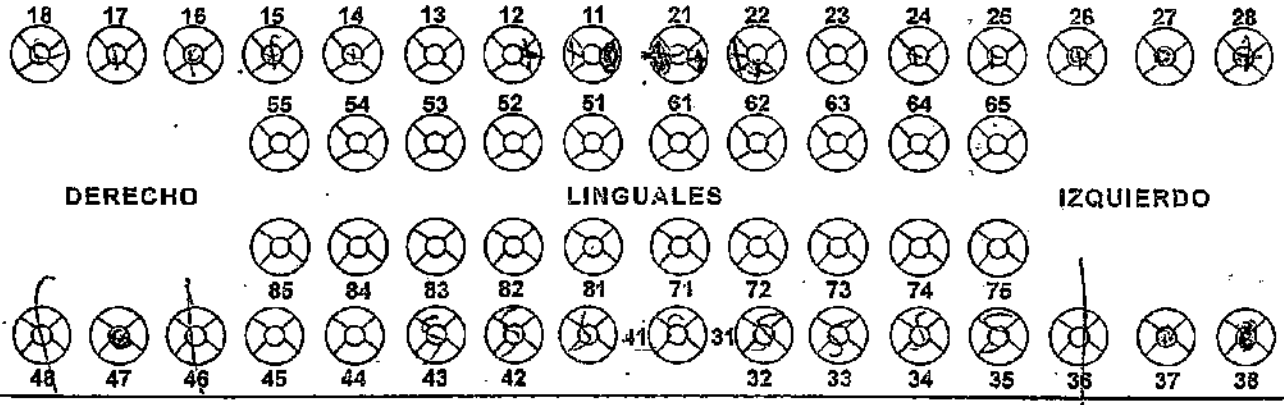
OBSERVACIONES: Placa blanda

ODONTOGRAMA

CONVENCIONES

SUP. CARIADA O RECIDIVA | SUPERF. OBTURADA | DIENTE CON EXTRACCION INDICADA | DIENTE EXTRAIDO | DIENTE SIN ERUPCIONAR

VESTIBULAR — CARIES SI ☐ NO ☐ — OBTURADOS SI ☐ NO ☐



OTRAS OBSERVACIONES:

D- DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO

PRESUNTIVO: Caries

DEFINITIVO: Caries Profunda
Caries Activa

PRONOSTICO:

E- PLAN DE TRATAMIENTO

OPERATORIA (1)	ORTODONCIA ☐	CIRUGIA ORAL ☐	PROTESIS ☐
PERIODONCIA (V)	MEDICINA ORAL ☐	ENDONONCIA ☐	

FIRMA Y CODIGO DEL PROFESIONAL: Mónica Castellanos Muñoz ODONTOLOGA PUJ 550 14 51

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS-409

EVOLUCION

A- IDENTIFICACION

HOJA No.

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (DE CASADA)	NOMBRES	Nº HISTORIA CLINICA
Castro		Ana Julia	01141159

EDAD (Años / Meses / Días)	SEXO	SERVICIO	SALA O CUARTO	Nº DE CAMA
9	H ☐ M ☒	Odontología		

B- ORDENAMIENTO

1- Información dada por el Paciente - 2. Signos Vitales - 3 Hallazgos mas importantes - 4. Complicaciones.
5- Diagnóstico Presuntivo - 6. Diagnóstico Definitivo - 7 - Tratamiento.
8- Resultados del Tratamiento - 9- Cambios en el manejo del Paciente - 10 - Observaciones
11- Firma y Código de la Persona que presta la atención.

FECHA DIA	MES	AÑO	DETALLE
13	05	98	HC. Cemento temporal: 46
15	05	98	Resina fotocurada 16 O.
19	05	98	exodoncia Simple: 65
10	11	98	Exodoncia Simple en 46.
10	I	02	47 - Pulpectomía. presenta exudado en Cond. D
14	08	08	Obturación temporal (Ite) + Ionomero vidrio (Vitrebond) + (o) + (o) + (o) observación 08-10 días, dte
22	09	08	Resina (o) 27
23	09	08	Ionomero O 27
26	01	09	Resina pm 21
03	02	09	Resina [illegible]
05	02	09	Resina M-P 11
2	II	09	Ionomero de vidrio en 47
26	10	09	Resina de Fotocurado del 21 (p)

17

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS - 409

EVOLUCION

A. IDENTIFICACION

HOJA No.

1er APELLIDO	2. APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Castro		Daniela	9714159

EDAD (AÑOS / MESES / DIAS)	SEXO H / M	SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA
	M	Odontología		

B. ORDENAMIENTO

1 Información dada por el paciente - 2 - Signos Vitales - 3 - hallazgos más importantes - 4 - Complicaciones
5 Diagnóstico presuntivo 6- Diagnóstico Definitivo 7- Tratamiento
8 Resultados del tratamiento 9- Cambios en el manejo del paciente 10- Observaciones
11- Firma y código de la persona que presta la atención

FECHA (DIA MES AÑO)	DETALLE
09 11 09	tratamiento de caries profundas, se realizó destrucción necrótica, se deja CaOH + IV + ortofosfato; se deja en observación.
19 OC 10	Resina DP del 21. Rubén Ramírez Ó. ODONTÓLOGO
2-12-2010	Examen clínico, control de Biopelícula, motivación e instrucción en higiene. Detartraje y pulido coronal. Mónica Castañeda Muñoz ODONTOLOGA PU 5501451
02-11-11	Restauración en resina DP del 26. María del Mar Vargas C. ODONTOLOGA Reg. S.S.O. 1601 C. C. 1075.239.680
11 11 11	Diagnóstico o DEF 26
20/12/11	Historia clínica, control de placa bacteriana y cepillado, detartraje, profilaxis. PAR219
25-01-12	Restauración en Ag del 17. María del Mar Vargas ODONTOLOGA Reg. S.S.O. 1601 C. C. 1075.239.680

10

REGISTROS MEDICOS
SIS - 409

FECHA DÍA	MES	AÑO	DETALLE
03	05	12	Restauración con resina MP del 22 — María del Mar Vargas C. ODONTÓLOGA Reg. S.S.O. 1601 C. C. 1075.239.680
08	05	12	Ag OD del 24 — Yolemi Cortes Vásquez Odontóloga 52868068 F.U.S.M.
06	08	12	Ag OH del 25 — María del Mar Vargas C. ODONTÓLOGA Reg. S.S.O. 1601 C. C. 1075.239.680
02	04	13	→ Amalgama oclusal de 18. Daniela Castro ↑ Proxima cita PYP. — Dra Yanitzin Marcela Clavijo ODONTOLOGA Registro [illegible] C.C. 1.023.888.372
13	11	13	→ Examen clinico 1ª vez, se le Realiza control de placa Bacteriana y cepillado, PROFILAXIS, detartraje. — LAURA ALEJANDRA [illegible] ODONTOLOGA C.C. 1.127.534.[illegible] REG. PARS 667
16	07	14	Resina oclusal de 14 — Yolemit Cortes Vásquez Odontóloga 52868068 F.U.S.M.
23	07	14	Resina meso Palatina del 11 y 21 — Mayi Alvarado Odontóloga S.S.O. SSO1939
26	5	15	Control de placa bacteriana y cepillado índice 20% Detartraje Aplicación profilaxis

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS 409

EVOLUCIÓN

Hoja No.

A. IDENTIFICACIÓN

1er Apellido	2do Apellido (o de Casada)	Nombres	No. HISTORIA CLINICA
Castro	Ortega	Daniela	014157

EDAD (Años Meses Días)	SEXO	Servicio	Sala o Cuarto	No. de Cama
25	M ☐ F ☐	CCU.		

B. ORDENAMIENTO

- 1 Información dada por el paciente
- 2 Signos Vitales
- 3 Hallazgos más importantes
- 4 Complicaciones
- 5 Diagnóstico presuntivo
- 6 Diagnóstico Definitivo
- 7 Tratamiento
- 8 Resultados del tratamiento
- 9 Cambios en el manejo del paciente
- 10 Observaciones
- 11 Firma y código de la persona que presta la atención

FECHA Día	Mes	Año	DETALLE
09	06	14	Hc Toma de CCU Edad 25 años
			Ant Fam Diabetes HTA Cout Ant Pat nunca
			Qx nunca
			G/G, P, C o A, V, ITS nunca Menarquia 12 Años
			Ciclo menstrual: Irregular " CCU. Previa 26-06-13 He
			Metodo de Planificacion Condelle.
			Cuello cerVix Ectropion. FUM 20-11-13
			EF Vello Publico Rasurado Flujo no Presenta
			BU TA 110/70 mmHg FC 76 x' Reflejo SIK
			Dx citología Vaginal
			Plan: Se llena consentimiento informado
			Se Educa sobre habitos higienicos, impo-
			tancia toma de CCU ITS y su Protección
			Autoexamen de Seno. Se cita en 15
			Dias a reclamar resultados Kelly Bravo
28	07	14	Se entrega resultados de citologia. Anormal:
			Atipicas indeterminadas (Ascus). Se remite a
			ginecologia para determinar conducta —

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

REMISION DE PACIENTES
SOLICITUD

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION
REGISTROS MEDICOS
SIS 412 A

A. IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES

DE: HSR

A: HNSTC

B. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Castro Ortega Daniela
1er APELLIDO | 2do. APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES

No. HISTORIA CLÍNICA EN LA INSTITUCIÓN QUE REMITE: 01 [illegible]

EDAD: 25 AÑOS | MESES | DIAS

SEXO: H [ ] M [X]

RESIDENCIA HABITUAL (Dirección, Localidad, Municipio, Sección del País): B/ Cod. Tolo. SVC

No. HISTORIA CLÍNICA EN LA INSTITUCIÓN QUE RECIBE:

PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (NOMBRE Y RELACIÓN DE PARENTESCO): Betsy Ortega

RESIDENCIA ACTUAL (Dirección, Localidad, Municipio, Sección del País): B/ La Victoria SVC

TELÉFONO: 3125515906

C. SOLICITUD DE ATENCIÓN

FECHA DE REMISION	MEDICO QUE REMITE	SERVICIO AL CUAL SE REMITE
17 07 14 (DIA MES AÑO)	Md general	Colposcopia + Biopsia Ginecología

D. ORDENAMIENTO

1 Resumen de Anamnesis y Exámen Físico
2 Fechas y Resultados de Exámenes Auxiliares de Diagnóstico
3 Resumen de la Evolución
4 Diagnóstico
5 Complicaciones
6 Tratamientos Aplicados
7 Motivo de Remisión
8 Firma y Código de la Persona Responsable

Usuaria femenina de 25 años de edad con ottenpicion en
[illegible] CCU
Ant Edm Ca cervix Ante fero nca Qx nca Alerg nega
G1 P0 C1 A0 V1 Menarquia 12 años ciclos irregulares
FUR Nov 2013 FUP 29 06 2004 CPV 9-05-2014 PMF Implanon
Ff Cervix orientado CP Rosado Abd No masas no megalias
EXL No [illegible]
Paso Sol TA 100/60 mmHg FC 73X FR 21X

Dx Anomalias Escamosas Atipicas
Indeterminadas (ASC-US)

Plan Se remite para Dx y manejo x gto.

Gracias!

Dra. Lina Marcela Pérez Mejía
Reg. 38[illegible]

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS - 408

ATENCION GENERAL

A. IDENTIFICACION

No. Historia Clinica: 014159

1er Apellido: Castro
2do Apellido (o de casada): Ortega
Nombres: Daniela

EDAD: 26 AÑOS MESES DIAS
SEXO: H [ ] M [X]
SERVICIO: PyP
SALA O CUARTO:
No. DE CAMA:

20-09-13 16:00

MC: "Pedro de pila"
EA: Pte con cc de alto dolor con frotula en cara interna de MSI con salida de material purulento + Amenorrea
Ant familiares = HTA: Abuela paterna
APP: (-) Qx = (-) Alg = (-)
Ant G/Obs → G1P1A0V1 Menarquia: 12 años
Ultima Qx: 15 años CCU: 09-14 FUR: 15-11-13
Alcohol: Irregular FTS: Niega FUI

paciente de 26 años de edad que consulta al PPF por antecedentes ya mencionados planificación con implanon hace 27 meses con fecha de inserción 15-11-2013 pasado en MSI por dificultad de salud del HSR
TA: 100/70 FC: 80 FR: 20 Peso: 62 talla: 1.50 IMC: 2
Al examen físico: MSI: Se palpa 1 bolita flexible superficial con salida de material purulento y frotula de 0.2 cm con dolor a la palpación + enrojecimiento no respuesta local.
Se explica los diferentes métodos de planificación familiar con ventajas, desventajas + efectos colaterales

DX: Retiro de Implanon Sobre infecciosa

REGISTROS MEDICOS
SIS - 408

FECHA DÍA	MES	AÑO	DETALLE
20	08	15	Plan – Retiro de implante subdérmico en MSI
			– Inicio con levonorgestrel + etinil
6:00			estradiol tab 1 al día 20-8-15
			– Control ginecológico x el 1ro
			– Prevención de ITS
			– SSR/ Terapia Breve
			– Control el 3 mes
			– Signos de alarma
			– Se anota tarjeta X
			3 meses y se indica
			Retiro de Lenza
→			Nota de Retiro con previa consejería y consentimiento se realiza limpieza del área interna del MSI con povidona yodada, posterior se realiza infiltración con lidocaína al 2% sin epinefrina (1cm) y un minuto se realiza incisión con hoja de bisturí de (0.5cm) en piel y se extrae 1 barra flexible procedimiento sin complicación, se cubre con apósito + cinta + esparadrapo se dan recomendaciones y signos de alarma, retiro sutura en 7 días y control ginecológico en 1 mes en caso de inicio signos de infección.
			Nota: Al retiro barra se entrega copia de notas de retiro paciente en buenas condiciones

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS 409

EVOLUCIÓN

Hoja No.

A. IDENTIFICACIÓN

1er Apellido	2do Apellido (o de Casada)	Nombres	No. HISTORIA CLINICA
Castro	Ortega	Daniela	014159

EDAD (Años Meses Días)	SEXO	Servicio	Sala o Cuarto	No. de Cama
	M ☐ F ☐	CPP		

B. ORDENAMIENTO

- 1 Información dada por el paciente
- 2 Signos Vitales
- 3 Hallazgos más importantes
- 4 Complicaciones
- 5 Diagnóstico presuntivo
- 6 Diagnóstico Definitivo
- 7 Tratamiento
- 8 Resultados del tratamiento
- 9 Cambios en el manejo del paciente
- 10 Observaciones
- 11 Firma y código de la persona que presta la atención

FECHA Día	Mes	Año	DETALLE
			Vía Oral, se da Hto para 3 meses se educa sobre signos de alarma importancia de los controles uso correcto del metodo prevención ITS cita de control 28-04-16 Susana de la Cruz.
	28	04-16	MC Control de planificación en Asintomática ant. fam Diabetes HTA — Antfax (-) EF sin alteraciones Rutab suministrado ACO se entrega orden para hemograma 3 sob 40' / iniciar Así 1 sob 28-04-16 2 sob 26-05-16 3 sob 23-06-16 se da Hto para 3 meses se educa sobre signos de alarma importancia de los controles uso correcto del metodo prevención ITS cita control 19-07-16
	19	07-16	usuaria no cumplió cita programada

ENFERMERA
REG. PRO. 62 38

ENFERMERA
REG. PRO. 62 38

78

LABORATORIO CLINICO

CLAUDIA XIMENA GONZALEZ TAPASCO
Bacterióloga Universidad de los Andes
CLINICA DEL YARI Tel. 4644293
San Vicente del Caguán – Caquetá

EXAMEN DE LABORATORIO CLÍNICO

Nombre del Usuario **DANIELA CASTRO ORTEGA** **C.C 1.006.518.059** **SEXO: FEMENINO** **A/S**
N° de Muestra 15 **Edad 27 AÑOS** **Fecha: NOVIEMBRE/10/2016** **Solicita: DRA FALLA**

QUIMICA SANGUINEA

EXAMEN	RESULTADO	VALOR NORMAL
Glicemia		70-110 mg/dl
Colesterol		Hasta 200 mg/dl
HDL-C		Hombres 37-70/Mujeres 40-85 mg/dl
LDL-C		Menor a 130 mg/dl
TRIGLICÉRIDOS		Hasta 150 mg/dl
ÁCIDO ÚRICO		Hombres 3,4-7,0 /Mujeres 2,4-5.7 mg/dl
BUN		7-18 mg/dl
UREA		10-50 mg/dl
CREATININA		Hombres 0.7-1.2/Mujeres 0.5-1.0 ml/dl
BIL TOTAL		Hasta 1.0 mg/dl
BIL DIRECTA		Hasta 0.25 mg/dl
BIL INDIRECTA		

UROANÁLISIS

Examen Físico – Químico		Examen Microscópico
COLOR		
Aspecto		
PH		
DENSIDAD		
GLUCOSA	-	
PROTEÍNAS	-	
CETONAS	-	
SANGRE	-	
NITRITOS		
UROBIL	-	
LEUCOCITOS	-	
OTROS		

COPROLÓGICO

Color			
Consistencia			
Olor		Almidón	
Moco		Grasas	
Células Epiteliales			
Levaduras			
Flora bacteriana			
Reacción leucocitaria			
Parásitos intestinales			

FROTIS VAGINAL/URETRAL

Fresco	
Bacterias	
Leucocitos	
KOH	
Gram	
PMN	
FLORA BACTERIANA	

INMUNOLOGÍA

	RESULTADO	VALOR NORMAL
		NO REACTIVO
		MENOR DE 6 mg/dl
RA TEST		Neg, Menor a 6 UI/ml
ASTOS		MENOR DE 200 UI/ml
AGS FEBRILES		
1. Tifípico O		Títulos mayores a 1/80
2. Tifípico H		Son de importancia
3. Paratifípico A		Clínica
4. Paratifípico B		
5. Brucella Abortus		
6. Proteus OX19		

VARIOS

GRAVINDEX	POSITIVA PARA HCG, EN ESTA MUESTRA.
Ag HEPATITIS B	
BACILOSCOPIA	
TSH	VN 0.4 – 4.2 uIU/ml
P.S.A	VN Hasta 4.0 ng/ml

BACTERIÓLOGA

Bacteriólogo
BACTERIÓLOGA
Reg. 525 I.S del C

GOBERNACION DEL CAQUETA
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

REGISTROS MÉDICOS
SIS 407 A

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PROGRAMADA

A. IDENTIFICACION

1er APELLIDO	2do APELLIDO	NOMBRES	Nº HISTORIA CLINICA
CASTRO	OARGA	DANIELA	0 1 4 1 5 9

FECHA DE INSCRIPCION	TIENE HISTORIA EN OTRA INSTITUCION	LUGAR DE NACIMIENTO
15 11 16 (DIA MES AÑO)	SI ___ NO X	SAN VICENTE
	NOMBRE	SEXO: H ___ M X
FECHA DE NACIMIENTO: 12 02 89 (DIA MES AÑO)	EDAD: DIAS ___ MESES ___ AÑOS 27	OCUPACION: ESTUDIANTE
		DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1006518089
RESIDENCIA ACTUAL: BARRIO EL TRIUNFO		TELÉFONO:
GRUPO DE POBLACIÓN: 2 A 14 AÑOS ☐	EMBARAZADAS ☒ 1 MES	OTROS ☐

B. ANAMNESIS

DATOS BÁSICOS SOBRE

	SI	NO	NO SABE
1. Tratamiento médico		X	
2. Ingestión de medicamento		X	
3. Reacciones alérgicas		X	
4. Hemorragias		X	
5. Irradiaciones		X	
6. Sinusitis		X	
7. Enfermedades respiratorias		X	
8. Cardiopatias		X	
9. Diabetes		X	
10. Fiebre reumática		X	
11. Epicrisis		X	
12. Hipertensión arterial		X	
13. Otras Enfermedades		X	
Cuáles?			
14. Hábito de higiene oral	X		
Cepillado	X		
Seda dental	X		
15. Otros			
16. Embarazada	X		
17. Antecedentes familiares			

OBSERVACIONES: SIN ALERGIAS

C. EXAMEN FÍSICO ESTOMATOLÓGICO

TEMPERATURA	PULSO	TENSIÓN ARTERIAL	RESPIRACIÓN

	NORMAL	ANORMAL
1. Articulación temporal-mandibular	X	
2. Labios	X	
3. Lengua	X	
4. Paladar	X	
5. Piso de la Boca	X	
6. Carrillos	X	
7. Glándulas Salivales	X	
8. Maxilares	X	
9. Seras Maxilares	X	
10. Músculos Masticadores	X	
11. Sistema	X	
Nervioso	X	
Vascular	X	
Linfático regional	X	
12. Función de Oclusión	X	

OBSERVACIONES: SIN ALERGIAS

REGISTROS MÉDICOS
SIS 407 A

EXAMEN DENTAL	SI	NO		SI	NO
1. Supernumerarios		✓	5. Placa Blanda	✓	
2. Abrasión		✓	6. Placa Calcificada	✓	
3. Manchas		✓	7. Otros (Cuál)		
4.Patología Pulpar	✓				

OBSERVACIONES:

-EVALUACION DEL ESTADO PERIODONTAL:

OBSERVACIONES: Ca. ok. Sec

ODONTOGRAMA

CONVENCIONES

SUP. CARIADA O RECIDIVA | SUPERF. OBTURADA | DIENTE CON EXTRACCION INDICADA | DIENTE EXTRAIDO | DIENTE SIN ERUPCIONAR

VESTIBULAR — CARIES SI ☐ NO ☐ — OBTURADOS SI ☐ NO ☐

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

OTRAS OBSERVACIONES:

D- DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO

PRESUNTIVO:

DEFINITIVO: caries cervical

PRONOSTICO: Bueno

E- PLAN DE TRATAMIENTO

OPERATORIA ✓	ORTODONCIA ☐	CIRUGIA ORAL ☐	PROTESIS ☐
PERIODONCIA ✓	MEDICINA ORAL ☐	ENDONONCIA ☐	

FIRMA Y CODIGO DEL PROFESIONAL:

80

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS 409

EVOLUCIÓN

Hoja No._____

A. IDENTIFICACIÓN

1er Apellido	2do Apellido (o de Casada)	Nombres	No. HISTORIA CLINICA
CASTRO	ORREGO	DANIELA	014159

EDAD (Años Meses Días)	SEXO	Servicio	Sala o Cuarto	No. de Cama
24	M ☐ F ☒	ODONTOLOGIA		

B. ORDENAMIENTO

- 1 Información dada por el paciente
- 2 Signos Vitales
- 3 Hallazgos más importantes
- 4 Complicaciones
- 5 Diagnóstico presuntivo
- 6 Diagnóstico Definitivo
- 7 Tratamiento
- 8 Resultados del tratamiento
- 9 Cambios en el manejo del paciente
- 10 Observaciones
- 11 Firma y código de la persona que presta la atención

FECHA Día	Mes	Año	DETALLE
15	11	16	PACIENTE OBSERVADA CON UN MES SE HACE HIGIENE OXIDA CON CONTROL DE BRAKIN, PULIDO CORONAL Y DEMOSTRANDO EDUCACION EN SALUD BUCAL.

UNICID Universidad Cooperativa de Colombia
ESTUDIANTE ODONTOLOGIA

IMPRESOS CAMACHO TELEFONO.: 4366466

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E.
HOSPITAL SAN RAFAEL
SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN

REGISTROS MÉDICOS
SIS - 403

ATENCIÓN PRENATAL

A. IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO	2. APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES	No. HISTORIA CLÍNICA
Caine	Ortegon	Pamela	

B. ANTECEDENTES

1. FAMILIARES

	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE
1. DIABETES	X			4. CARDIOPATÍAS		X	
2. EMBARAZO MÚLTIPLE		X		5. TUMORES		X	
3. HIPERTENSIÓN	X			6. T.B.C.		X	

7. OTROS (Cuales) ____

OBSERVACIONES: abuela y madre DM II + HTA

2. PERSONALES

HA SUFRIDO DE:

	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE
1. HIPERTENSIÓN		X		5. TROMBOFLEBITIS (Varices, Venas)		X	
2. DIABETES		X		6. SÍFILIS.		X	
3. CARDIOPATÍAS (Corazón)		X		7. TUBERCULOSIS		X	
4. NEFRITIS (Riñones)		X		8. OTROS (Cuales) ____			

OBSERVACIONES: NO

3. HISTORIA DE EMBARAZOS ANTERIORES

TERMINACIÓN DEL EMBARAZO									OBSERVACIONES SOBRE: COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (PRE-ECLAMPSIA, TRABAJO PROÑLONGADO HEMORRAGIAS E INFECCIONES)
No. DE ORDEN	AÑO DE TERMINACIÓN	MESES DE GESTACIÓN	PARTO VAGINAL			CESAREA	ABORTO	PRODUCTO NUMERO	
			ESPONTANEO	FORCEPS	OTRO			NACIDOS VIVOS / NACIDOS MUERTOS	
	2004	34	1					1	NO cumplioos
					—	2016		mayo	actual —

OTROS ANTECEDENTES: GINECO-OBSTETRICOS, MENARQUIA, CICLOS, GRAVIDEZ, PARIDAD, ABORTOS, EMBARAZOS ECTÓPICO, CIRUGÍA Y OTROS

OBSERVACIONES: 62P1U1A0

C. EMBARAZO ACTUAL

1. DATOS BÁSICOS

FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN	FECHA PROBABLE DEL PARTO	EDAD DE LA MADRE (AÑOS)	TALLA
17 (DÍA) 04 (MES) 16 (AÑO)	24 (DÍA) 06 (MES) 17 (AÑO)	23	150 Cms.

C. EMBARAZO ACTUAL
2. EXAMEN FÍSICO

REGISTROS MÉDICOS
SIS - 403

	NORMAL	ANORMAL		NORMAL	ANORMAL		NORMAL	ANORMAL
1. CABEZA: OJOS	X		3. TORAX: MAMAS	X		4. GINECOLÓGICO: GENITALES EXTERNOS	X	
NARIZ	X		CORAZÓN	X		GENITALES INTERNOS	X	
OÍDOS	X		ABDOMEN	X		PELVIS OSEA	X	
BOCA	X		APARATO RESPIRATORIO	X		5. EXTREMIDADES	X	
2. CUELLO:	X							

OBSERVACIONES: Normal

3. EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO

CONSULTA	PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			
DÍA, MES, AÑO	17/11/16	19-12-16	17-01-17	15-02-17	16/03/17	21-04-17	02/05/17	21/6/17		
PESO (Kg)	53.	53kg	54kg	58kg	60kg	64kg	65	65		
TENSIÓN ARTERIAL m.m. Hg.	110/60	100/60	90/60	100/60	100/65	100/60	100/60	120/80		
FRECUENCIA CARDIACA	80	76x'	76x'	78x'	76x'	76x'	90	65		
CEFALEA SEVERA	NO	Sí	Ocasional	NO	NO	NO	NO	NO		
TRANSTORNOS VISUALES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
VÓMITOS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
SÍNTOMAS URINARIOS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
PÉRDIDAS VAGINALES TIPO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
OTROS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
ALTURA UTERINA (cms.)	NA	NA	16cm	21cm	24cm	28cm	40cm	38		
FETOCARDIA	NA	155	157x'	146	140	142x'	150	150		
PRESENTACIÓN	NA	Flot.	Flot	Flo	Flot	Flot	Cef	Cef		
EXTREMIDADES	No edema	No edema	edemas	No edema	No edema	edemas	No edema	No edema		
EDAD DEL EMBARAZO (semanas)	8 semanas	13 semanas	17 sem	21 semanas	25 semanas	30 sem	37	38		
RIESGO MATERNO FETAL	BRO	BRO	BRO	BRO	BRO	ARO	ARO	ARO		
REMISIÓN A.	No Rem	Remisión		Remisión	Remisión	Remisión	Remisión	Seg		
FECHA PRÓXIMA CITA	1 mes	1 Mes	1 mes	1 mes	1 mes	1 m	8 sem	2		
LUGAR SUGERIDO PARTO	H	H	H	H	H		H	H		
ATENDIDO POR: FIRMA Y CÓDIGO	Enfermera Jefe R-PRO 6238	Enfermera Jefe RUN 4382	Enfermera Jefe R-PRO 6238	Enfermera Jefe RUN 4382	Enfermera Jefe RUN 4382	Enfermera Jefe R-PRO 6238	Médico Cirujano U. Nacional de Colombia R.M. SSO 2341			

3. EXÁMENES DE LABORATORIO Y VACUNA ANTITETÁNICA

EXAMEN	RESULTADO	GRUPO SANGUÍNEO FACTOR RH.		VACUNA ANTITETÁNICA			
		GESTANTE	CÓNYUGE	APLICACIÓN	DÍA	MES	AÑO
CITOLOGÍA VAGINAL	Pend	O+	no sale	1a. DOSIS	X		
				2a. DOSIS			

82

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS - 408

ATENCION GENERAL

A. IDENTIFICACION

No. Historia Clínica

1er Apellido	2do Apellido (o de casada)	Nombres
Cano	Orozco	Manuela

EDAD (AÑOS MESES DIAS)	SEXO			
24	H ☐ M ☒	CC 1006718054 CPN HI.		
		SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA

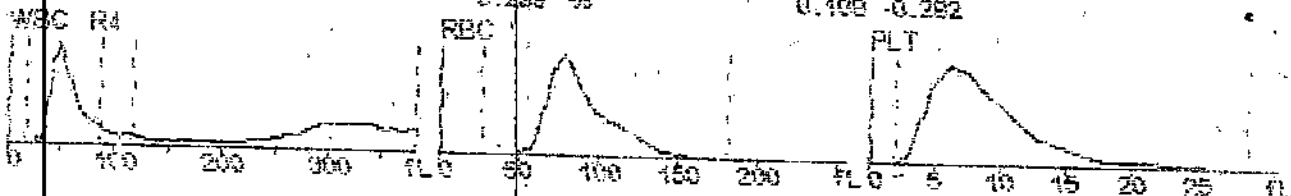
17/10/2016
"CPN HI Vigente"
Gestante acude ctx, hoy con embarazo de 8,5 sem por FUR 17/09/16, refiere síntomas premonitorios del embarazo desde el inicio, niega otros síntomas, toma vit oral, refiere reflujo gastroesofágico, dificultad de concentración, niega fiebre, niega edema, niega dolor pélvico.
MD no relevantes
Embarazo planeado deseado, apoyo de la pareja y de la familia, se habla de enfermedad GBS refiere aceptar el embarazo, niega maltrato físico, sexual o psicológico.
Antecedentes
Patológicos niega quirúrgicos niega alérgicos niega farmacológicos 62P1V1A0 fecha parto 29 junio 2004 no complicaciones FUR 17/09/16, parto vaginal N°3, VIVOS niega, menarquia 12 años, ciclos gestacional regulares, tolera, niega, familiar abuela DM II, tía madre DM II no, niega tuberculosis niega
Fecha 16/11/16
① Hemograma WBC 8300 Neu 60,4% HGB 13,2 HCT 38,5% Plq 377000
② Glicemia 78 mg/dl
③ Hemoclasificación O
④ Prueba de coma se realizará

FECHA DÍA	MES	AÑO	DETALLE
			FFU no palpable
			uroc (+) VIH (-) HB (-)
			Al examen físico, TA
			peso 53 kg talla 150 cm
			Alerta activa reactiva hidratada, cardiopulmonar
			no fisio no agregados, abdomen periodo
			adinamico no útero palpable, extremidades
			no edema alguno CONF
			Ex
			— Emb de 8,5 sem por FUR
			— G2P1A0V1
			— fecha último parto 29 junio 2004
			— BRO
			— Rumoperjo
			— Reflejo gastrocnemico
			plan — valoración psicología y nutrición
			— Acido fólico una tab toma idea
			— SIL ecografías obstetricia toma en 3 sem
			— SIL — urocultivo, hoja lab 195 - 14 ml
			— (A) reporte citología vaginal
			— cita ambul 1 mes
			— signos alarma anexo
			— (A) TOXO 195 - 14 ml
			— Hidróxido aluminio 1 cap cada comida

Dra. Carol Yovana Aponte Carrascal
CC. 1.032.453.037
Medico General
Fundación Universitaria Juan N. Corpas

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL NIT 891.180.011-5

Parámetro	Result.		Rango ref.	
WBC	8.3	x 10^3/uL	4.0 - 10.0	Hora: 16-11-2016
Lymph#	2.9	x 10^3/uL	0.8 - 4.0	09:34
Mid#	0.4	x 10^3/uL	0.1 - 0.9	ID: 1296
Gran#	5.0	x 10^3/uL	2.0 - 7.0	
Lymph%	34.7	%	20.0 - 40.0	Modo. Completo
Mid%	4.9	%	3.0 - 9.0	
Gran%	60.4	%	50.0 - 70.0	Nombre: DANIELA CASTRO O
HGB	13.2	g/dL	11.0 - 15.0	RTEGA
RBC	4.28	x 10^6/uL	3.50 - 6.00	Sexo: Mujer
HCT	38.5	%	35.0 - 48.0	Edad. 27 años
MCV	90.1	fL	82.0 - 95.0	N.° hist clin.
MCH	30.8	pg	27.0 - 31.0	Dept.: CONSULTA EXTERNA
MCHC	34.2	g/dL	32.0 - 36.0	N.° cama:
RDW-CV	13.5	%	11.5 - 14.5	Rmte.: LUISA
RDW-SD	45.3	fL	35.0 - 56.0	
PLT	337	x 10^3/uL	150 - 450	Analiz.: AMPARO
MPV	7.1	fL	7.0 - 11.0	
PDW	16.3		15.0 - 17.0	Compr.: ASMET SALUD
PCT	0.239	%	0.108 - 0.282	



AMPARO VELEZ
BACTERIOLOGA
U. CATOLICA MANIZALES
PRC 1572

1296.

88

GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO

NOMBRE: Daniela Ortiz Ortiga IDENTIF.: 1006512059 EDAD: 21 SEXO: F

MEDICO: Lopez FECHA: 16/11/2016 EPS: Asmet SERVICIO: Consulta

HEMATOLOGIA		
PARAMETROS	RESULTADO	VALOR NORMAL
HEMOGLOBINA		H14-17/M12-15g/dl
HEMATOCRITO		H42-52/M37-47%
LEUCOCITOS		5.000-10.000mm
NEUTROFILOS		55-70%
LINFOCITOS		17-45%
MONOCITOS		2-8%
EOSINOFILOS		1-4%
BASOFILOS		0.2-1.2%
CAYADOS		0-2%
PLAQUETAS		150-450/mm
VSG		0-20mm/h
GOTA GRUESA		NEGATIVO
HEMOCLASIFICACION	O Positivo	
EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA:		

QUIMICA SANGUINEA		
	RESULTADO	VALOR NORMAL
GLICEMIA	78	70-110mg/dl
PTOG (embarazadas)ayunas		menor de 92 mg/dl
1 hora post carga de 75 gr		menor de 180 mg/dl
2 horas post carga:		menor de 153 mg/dl
GLICEMIA PRE:		70-110 mg/dl
GLICEMIA POST:		menor de 200mg/dl
COLESTEROL		hasta 200 mg/dl
TRIGLICERIDOS		hasta150mg/dl
HDL-C		40-60mg7dl
LDL-C		79-189mg/dl
ACIDO URICO		H3,4-7/M2,4-5 mg/dl
BUN		6-20 mg/dl
CREATININA		H 0.7-1.3mg/dl M 0.5-1.0mg/dl
BIL. TOTAL		0.3-1.9 mg/dl
BIL. DIRECTA		0-0.3mg/dl
BIL INDIRECTA		
ASPECTO DEL SUERO:		

UROANALISIS		
EXAMEN FISICO-QUIMICO		EXAMEN MICROSCOPICO
COLOR	LEUCOCITOS	1-3 X CAMPO DE AP
ASPECTO	HEMATIES	0-2 X CAMPO DE AP
PH 7.5	CEL. EPITELIALES	2-4 X CAMPO DE AP
DENSIDAD 1010	CEL.RENALES	X CAMPO DE AP
GLUCOSAmg/dl	BACTERIAS	escasas
PROTEINAS mg/dl	MOCO	
SANGRE	CRISTALES:	
NITRITOS		
UROBIL. mg/dl		
LEUCOCITOS	CILINDROS	
BILIRRUBINAS		
LEVADURAS	OTROS	
CETONAS mg/dl		

FROTIS VAGINAL-URETRAL	COPROLOGICO
EXAMEN FRESCO:	COLOR:
Celulas guia:	CONSISTENCIA:
Trofozoitos de Trichomona vaginalis:	ALMIDON
Blastoconidias y seudomicelios:	MOCO
GRAM:	GRASAS
Reacción leucocitaria: escasas	LEVADURAS
MICROBIOTA BACTERIANA	HEMATIES
Lactobacillus sp.:	LEUCOCITOS
Corynebacterium sp.: ++	MICROBIOTA BACTERIANA:
Mobiluncus sp.:	**PARASITOS INTESTINALES**
cocobacilos gram variables:	
cocobacilos gram negativos:	
Diplococos gram negativos:	
Cocos gram positivos:	
Bacilos gram negativos:	

INMUNOLOGIA		
	RESULTADO	VALOR NORMAL
VDRL	NO reactivo.	NO REACTIVO
PCR		menor de 6mg/l
FR		menor de 8 UI/mL
ASTOS		menor de 200UI/ml
FTA-ABS		NEGATIVO
GRAVINDEX		
HB AgS	No reactivo	
Ac anti VIH	No reactivo.	NO REACTIVO
AG FEBRILES		NO REACTIVO
1 TIFICO O		
2 FLAGELAR H		NEGATIVO
3 PARATIFICO A		NEGATIVO
4 PARATIFICO B		NEGATIVO
5 brucella abortus		NEGATIVO
6 proteus OX19		NEGATIVO
OBSERVACIONES:		NEGATIVO

VARIOS	
PT:	8- 15 SEGUNDOS
PTT:	31- 48 SEGUNDOS
BACILOSCOPIA SERIADA DE ESPUTO:	
FORTIS DE LEISMANIA:	
FROTIS DE GARGANTA: leucocitos:	
Microbiota bacteriana:	
KOH:	

NOTA: ANALITICA REPETIDA CON LA MUESTRA RECIBIDA, SI LOS DATOS NO CONCUERDAN CON LA CLINICA DEL PACIENTE SE SUGIERE REPETIR LA TOMA DE LA MUESTRA.

BACTERIOLOGO(A)

Nasbey
Bacteriologa
H.U.C.M.A.
RECEPTOR BACTERIOLOGO(A)

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL

REPUBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACION DE CAQUETÁ
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT: 891.190.011-8

85

PACIENTE: DANIELA CASTRO ORTEGA — EDAD: 27 — SEXO:F

IDENTIFICACION: 1006518059 — HC: 014159

TOMA DE MUESTRA: 16/11/2016 — FECHA DE PROCESO: 21/11/2016

ENTIDAD: ASMET SALUD — NUMERO DE REGISTRO: 1296

TECNICA: MICROELISA

ANALISIS	RESULTADOS	INTERVALO BIOLOGICO DE REFERENCIA
PRUEBA DE VIH PRUEBA RAPIDA	NO REACTIVO	NO REACTIVO
ANTIGENOS DE SUPERFICIE HAPATITIS B PRUEBA RAPIDA	NO REACTIVO	NO REACTIVO
ANTICUERPOS IgG TOXOPLASMA	3,1	NEGATIVO: Menor de 9 DUDOSO: de 9-11 POSITIVO: Mayor de 11
ANTICUERPOS IgM TOXOPLASMA	5,1	NEGATIVO: Menor de 9 DUDOSO: de 9-11 POSITIVO: Mayor de 11

OBSERVACIONES:

Realizado por: MARIA AMPARO VALENCIA
BACTERIOLOGA REG PRO: 03102

Calle5 No 3-38 Telefono (8) 4644101 Fax (8) 4644912
Email: hsanrafael123@hotmail.com
San Vicente del Caguan Caquetá Colombia

3 86

GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ
E.S.E. HOSPITAL
SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

REMISIÓN DE PACIENTES
SOLICITUD

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN
REGISTROS MEDICOS
SIS-412 A

A- IDENTIFICACIÓN DE INSTITUCIONES

DE: ESE San Rafael

A: II - III nivel.

B- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO	2DO. APELLIDO (O CASADA)	NOMBRES	NO. HISTORIA CLÍNICA EN LA INSTITUCIÓN QUE REMITE
Castro	Urrego	Daniela	

EDAD	SEXO		NO. HISTORIA CLÍNICA EN LA INSTITUCIÓN QUE REMITE
24 AÑOS MESES DIAS	H ○ M ☒	C.C. 1006518054	

PERSONAS RESPONSABLES DEL PACIENTE : (NOMBRE Y RELACIÓN DE PARENTESCO)
Vinent Rivas esposo

RESIDENCIA ACTUAL (Dirección, localidad, municipio, sección del país)
Suc Bunco el Mirto.

TELÉFONO

C- SOLICITUD DE ATENCIÓN

FECHA DE REMISION			MEDICO QUE REMITE	SERVICIO AL CUAL SE REMITE
1	Nov	16	Cart	Remito Psicología Ecografía obstetrica TV
DIA	MES	AÑO		

D. ORDENAMIENTO

1 Resumen de Anamnesis y Examen Físico.
2 Fecha y resultados de exámenes Auxiliares de Diagnostico
3 Resumen de la Evolución
4 Diagnostico
5 Complicaciones
6 Tratamientos Aplicados
7 Motivo de Remisión
8 Firma y Código de la Persona Responsable

Gestante cuyo ncy q ingreso de control prenatal con adecuados hábitos maternos reflux, no enfermedad actual, no sirs o otra patología

Idx.

tmo de 8,5 sem x FUR
G2P1 NOV1.
FUP 29 junio 2004
BR O
Nomograma
Reflujo gastroesofágico actual

Dra. Carol Vanessa Apontes Arias
M.P.C. 1.032.453.037
Medico Cirujano General
Fundación Universitaria Juan N. Corpas

REPUBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACION DE CAQUETÁ
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT: 891.190.011-8

CAQUETÁ
Gobierno de Oportunidades

SAN RAFAEL

NOTA DE TOMA DE CITOLOGIA

014159

FECHA: 16-12-2015

NOMBRE Y APELLIDO: Daniela castro ortega.

EDAD: 26 ID: 1006518059

MC: toma. CCV

ANT.FAM: diabetes THA ANT. PAT: C-) ANT. QX C-)

G/O: G1 P1 A C V1 ITS: C-). MENARQUIA: 12 años

CICLOS MESTRUALES: Regular CCV PREVIA: 9-6-14

METODO DE PLANIFICACION: A.O FUM: 30-11-15.

E.F.VELLO PUBICO: Rasurado FLUJO: no presenta

CUELLO CERVIX: sano

SV: TA: 110/60 mmHg PESO: 55 Kg FC: 76 x' FR: 20 x'

DX: CITOLOGIA VAGINAL

PLAN: Se llena consentimiento informado

Se educa sobre hábitos higiénicos, importancia de la toma de la ccv, its y su protección, autoexamen de mamas, se cita en 15 días para reclamar resultados 15 01-16 Se entrega resultado negativo para Lesion intraepitelial se cita en diciembre 2016 o. Tomar nuevamente citologia Brena Mahel

FIRMA DEL RESPONSABLE _____ CC _____

Código:	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL	
Fecha de Aprobación:		
Versión: En estudio	CONSENTIMIENTO INFORMADO CITOLOGÍA DE CUELLO UTERINO	

(En cumplimiento de la ley 23 de 1981 y las guías Prácticas para la Seguridad del Paciente. Ministerio de la Protección Social de 2010)

Yo: Daniela Castro Ortega, con

Documento de identidad: 1006518059 de S Vicente Edad 26

En forma voluntaria consiento, que el funcionario _____
Me realice, EL EXAMEN DE CITOLOGÍA DE CUELLO UTERINO, para tomar muestras representativas del cuello del Útero en lámina de vidrio llamada portaobjeto.
Entiendo que este procedimiento consiste, en la colocación de un espéculo en la vagina para obtener células del Cuello del útero, que luego de colorearse, serán estudiadas por un citólogo y/o patólogo, en un microscopio de luz, En búsqueda de lesiones presuntivas que puedan existir en dicho órgano. Se me ha informado además que este procedimiento se realiza como prueba de tamizaje y que no se emite un diagnóstico definitivo, en caso de dar un resultado anormal, se requiere otro examen confirmatorio, llamado Colposcopia realizado por otro profesional.
He sido informada y entiendo que este procedimiento no presenta complicaciones implícitas a él. En algunas ocasiones puede provocarse: dolor o molestia vaginal leve y en raros casos hemorragia escasa y pasajera.

CONDICIONES ESPECIALES.

1. En caso de ser paciente embarazada, con historia de amenaza de parto prematuro, no se me instrumentará el canal endocervical. La muestra de la zona de transformación se obtendrá con la espátula de Ayre, al tomar la Muestra exocervical.

2. En caso de ser menor de edad, de uno de los siguientes grupos: Infante: Niña menor de 7 años, Impúber: Niña entre los 7 y los 14 años, el consentimiento informado se explicará y firmará, conjuntamente con representante legal o quien acredite patria potestad o en su defecto un tutor o curador, Menor adulto. Niña que se encuentra entre los 14 y los 18 años de edad, el consentimiento informado debe ser firmado por ésta y de forma sustitutiva por sus padres, representante legal o quien acredite patria potestad o en su defecto un tutor o curador, Paciente catalogado como, Incapaz: Personas con limitaciones de tipo psíquico, físico o por su edad, que le impiden tener un desempeño igual al de un sujeto regular, y por lo tanto es considerado por la Ley como incapaces para llevar a cabo ciertos actos. El consentimiento informado debe ser firmado por sus padres, representante legal o quien acredite patria potestad o en su defecto un tutor o curador, para los incapaces absolutos se aplica el CONSENTIMIENTO DIFERIDO, cuando se cumpla los siguientes requisitos:(Previa determinación de los intereses del paciente, necesidad y urgencia del tratamiento, impacto y riesgos del tratamiento, capacidad y discernimiento del paciente edad y madurez del menor, Efectos benéficos comprobados, riesgos estadísticos informados). El consentimiento informado debe ser firmado por sus padres, representante legal o quien acredite patria potestad o en su defecto un tutor o curador.
Entiendo que para este procedimiento no se necesita anestesia.
Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos del procedimiento que se me va a practicar, los cuidados que debo tener después, estoy satisfecha con la información recibida por el funcionario quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos que conlleva este procedimiento que aquí autorizo.
En tales condiciones consiento:

Que se me realice EL EXÁMEN DE CITOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO.

Firma del responsable _____
C.C. _____
Ciudad y fecha _____

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS - 408

ATENCION GENERAL

A. IDENTIFICACION

No. Historia Clínica

1er Apellido	2do Apellido (o de casada)	Nombres
Castro	Ortega	Daniela

EDAD	SEXO	SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA
27 (AÑOS MESES DIAS)	H ☐ M ☑	CNP		

19-Dic-2016 MC= control prenatal #2
2:00pm EA= Pte asintomatica, quien asiste a control sola, alerta, orientada, hidratada, afebril, refiere que ha tenido nauseas ocasionales, pero que ha estado bien de salud
Antecedentes= Anotados
SV= TA= 100/60mmHg TAM= 83mmHg Peso= 53kg
Talla= 150cm IMC=23,5 (normopeso) FC= 76x'
FR= 18x' T= 36,3°C SpO2= 97%
ExFx= cabeza y cuello normal sin alteraciones aparentes, tórax simetrico c/p= ventilado
R/C= ritmico sin soplos, mamas simetricas sin alteraciones con pezón apto para lactancia materna, abdomen blando sin dolor a la palpación útero grávido AU= NA FCF= 155lpm presentación flotante. G/O= no se evidencia Pte no refiere sangrado ni perdidas vaginales
Sintomatología urinaria ext= simetricas, movilidad sin edema sin varices
Piel= normal sistema neurologico sin deficit aparente, trae el paraclinicos
VIH= No reactivo HB= No reactivo TOX IgG= (3,1) no reactivo tox IgM (5,1) no reactivo
Uroculturas= Infección Fecales Rubeola IgM= (3,8) negativo Rubeola IgG (2,95) negativo
Ecografia 16/Dic/16 Feto único (NV)

FECHA DÍA	MES	AÑO	DETALLE
19	12	16	movimientos fetales (+) estudio morfologico
			normal placenta posterior Gd III liquido
			amniotico = normal peso fetal = 874gr
			FPP = 20/junio/2017 se explican
			resultados a paciente.
			MX - Emb 13,6 sem x eco
			- Emb 13,2 sem x fum
			- G2 P1 V1 A0
			- FUP 2004
			- normopeso
			- BRCO
			P/C = Pendiente remisión, ya esta
			autorizado x EPS, pero aun
			no se confirma fecha de cita
			x disponibilidad.
			SS/ micronutrientes
			SS/ TDX 166 - 16m
			- se educa Practicas AIEPI
			- Signos de Alarma (AEGO)
			- Lactancia materna
			- cita control fum
			- recomendaciones fum
			Stefanny Vélez N.
			ENFERMERA JEFE
			RUN 43892
			U. COOPERATIVA DE COLOMBIA

99

CLINICA DEL PARTEDA

Tel: 4614293

San Vicente del Caguán - Caquetá

DIAGNOSTICO ECOGRAFICO OBSTETRICO

Fecha: 16 de Diciembre del 2016

NOMBRE: DANIELA CASTRO ORTEGA EDAD: 27 AÑOS D.I: 1006518059

M: G: 2 P: 1 A: 0 C: 0 V: 1 M: 0 ETG: _____ FUR: 17/09/2016

NUMERO DE FETOS:	Uno
DORSO:	Izquierdo
PRESENTACION:	Variable
ACTIVIDAD CARDIACA:	147 x minuto
MOV. EMBRIONARIOS:	ACTIVOS

BIOMETRIA:

DBP	24.1	mm	14 SEMANAS+/- 1 DIAS
PC	83.7	mm	13 SEMANAS+/- 0 DIAS
PA	68.9	mm	13 SEMANAS+/- 4 DIAS
LF	11.7	mm	13 SEMANAS+/- 3 DIAS

CONCLUSIONES

1. Gestación de 13 Semanas +/- 3 días.
2. Feto único vivo longitudinal variable
3. Movimientos fetales activos
4. Actividad cardiaca: 147 x minuto
5. Estudio anatómico: Normal
6. Sexo: NO IDENTIFICADO
7. Placenta: posterior G 0 / III
8. Liquido amniótico: Normal.
9. Peso fetal estimado: 84 GRAMOS
10. Fecha probable de parto: 20 DE JUNIO DE 2017

FIRMA MEDICO

9097

LABORATORIO CLINICO FAMI

NIT 40.085.808-4

Dra. Edna Isabel Muñoz B.
BACTERIOLOGA-CLINICA • Colegio Mayor de Cundinamarca • Bogotá D.C.
ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA Y BANCO DE SANGRE • Universidad Javeriana • Bogotá D.C.
ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD • Universidad Católica de Manizales
T.P. Pro1152-D.B.C.

Paciente : DANIELA CASTRO ORTEGA
Orden No : 10033308
Identificación: 1006518059
Convenio : ASMET SALUD

Fecha Recepción: 2016-12-06-15:55:44
Fecha Impresión : 2016-12-08 09:45:23.
Médico : MEDICOS VARIOS
Edad/Sexo : 27 / F

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
ESPECIALES			
RUBEOLA Anticuerpos IgG			
Resultado:	2.45	IU/ml	Positivo: > 10 IU/ml Negativo: < 10 IU/ml
Técnica:Microelisa			
RUBEOLA Anticuerpos IgM			
Resultado:	3.08		NEGATIVO: Menor de 9.0 DUDOSO: De 9.0 - 11.0 POSITIVO: Mayor de 11.0
Técnica:Microelisa			

EDNA ISABEL MUÑOZ BERMEO
T.P. 1152

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Carrera 7A No. 16-20 B/ 7 de Agosto
Teléfono 4351349
Email. gimbertino@gmail.com
Florencia - Caquetá

FAMI Cuidado de Salud

LABORATORIO CLINICO FAMI

NIT 40.085.208-4

Dra. Edna Isabel Muñoz B.
BACTERIOLOGA-CLINICA • Colegio Mayor de Cundinamarca • Bogotá D.C.
ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA Y BANCO DE SANGRE • Universidad Javeriana • Bogotá D.C.
ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD • Universidad Católica de Manizales
T.P. Pre1152-D.B.C.

Paciente	: DANIELA CASTRO ORTEGA	**Fecha Recepción:**	2016-12-06-15:55:44
Orden No	: 10033308	**Fecha Impresión :**	2016-12-08 09:45:23.
Identificación:	1006518059	**Médico**	: MEDICOS VARIOS
Convenio	: ASMET SALUD	**Edad/Sexo**	: 27 / F

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
MICROBIOLOGIA			
UROCULTIVO			
Recuento de Colonias	MAS 100.000	UFC/ml	
Tiempo de Incubación	48 HORAS		
Resultado	POSITIVO		
BACTERIA	ENTEROCOCO FAECALIS		
ANTIBIOGRAMA			
Amikacina	RESISTENTE	32 ug/ml	
Gentamicina	INTERMEDIO	8 ug/ml	
Tobramicina	SENSIBLE	8 ug/ml	
Piperacilina/Tazobactam	RESISTENTE	128/4 ug/ml.	
Fosfomicin	SENSIBLE	200 ug/ml	
Imipenem	SENSIBLE	16 ug/ml	
Cefixime	SENSIBLE	32 ug/ml	
Cefuroxime	SENSIBLE	32 ug/ml	
Cefotaxime	SENSIBLE	64 ug/ml	
Ceftazidime	SENSIBLE	32 ug/ml	
Nitrofurantoina	SENSIBLE	64 ug/ml	
Ampicilina/Sulbactam	RESISTENTE	32/12 ug/ml	
Tetracycline	SENSIBLE	16 ug/ml	
Ciprofloxacina	SENSIBLE	4 ug/ml	
Levofloxacina	SENSIBLE	8 ug/ml	
Ofloxacin	SENSIBLE	8 ug/ml	
Vancomicina	SENSIBLE	4 ug/ml	
Co-trimaxole	SENSIBLE	9 ug/ml	

EDNA ISABEL MUÑOZ BERMEO
T.P. 1152

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Paciente : DANIELA CASTRO ORTEGA
Orden No : 10037210
Identificación: 1006518059
Convenio : ASMET SALUD

Fecha Recepción: 2017-01-13-16:12:27
Fecha Impresión : 2017-01-16 12:52:52.
Médico : MEDICOS VARIOS
Edad/Sexo : 27 / F

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

ESPECIALES

TOXOPLASMA IgG

Resultado: 13.5

Negativo : < 9
Dudoso : 9 - 11
Positivo : > 11

Tecnica: Microelisa

TOXOPLASMA IgM

Resultado: 1.96

Negativo : <9
Dudoso : 9 - 11
Positivo : > 11

Técnica: Microelisa

EDITH ROSEL MUÑOZ BERMEO
T.P. 1172

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

97

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS - 408

ATENCION GENERAL

A. IDENTIFICACION

1er Apellido	2do Apellido (o de casada)	Nombres	No. Historia Clínica
Castro	Ortega	Daniela	014159

EDAD (AÑOS MESES DIAS)	SEXO	SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA
27	H ☐ M ☐	CPN		

17-01-17 MC: CPN #3
9:20 Am EA: usuaria de 27 años de edad quien asiste a su 3era CPN acompañado de su esposo. Caminando x sus propios medios alerta, hidratada, afebril, manifiesta sentirse bien de salud
Antecedentes: Anotados.
SV: TA: 90/60 mmHg TAM: 70 mmHg peso: 54kg Talla: 150cm IMC: 24
FC: 76x' FR: 18x' T: 37°C SPO2: 98% Ambiente
Ex fx: Cabeza y cuello normal sin alteración aparente, tórax simétrico MP ventilados RC rítmicos sin soplo abd blando, sensi globoso de útero grávido AU: 16cm FCF: 157lpm Glu: no se valora Ext: sin edema con varices leves, sin deficit aparente piel normal. Usuaria tiene autorización de ecos con psicología y nutrición pero no le han dado la cita.

DX: Emb de 17.4 x ecograf.
- G2 P1 V1
- Secundigestante
- IMC: Adecuado para E. G.
- BPO

Plan: C. Calcio 600mg x2, S. ferroso 300mg x1
Educación en practicas SIEPI LME hasta los 6 meses y complementaria hasta 2 años y más. Apoyo psicoafectivo, estimulación temprana, se da a conocer importancia de asistir a los controles, toma de MCN, vacunas, parto institucional, planificación familiar lavado de manos antes y después de ir al baño. Ejercicios de Kegel para fortalecer suelo pélvico.

→ continúa

REGISTROS MEDICOS
SIS - 408

FECHA			DETALLE
DÍA	MES	AÑO	
	→		Reconocer los signos de alarma (Fiebre, dolor de
			Cabeza, Convulsiones, dolor o ardor al orinar y en
			la boca del estomago, salida de liquido o
			sangre x vagina, el bebe no se mueve en 24h
			Sumbido en los oidos, vision borrosa
			Hinchazon de Cara, brazos y Piernas
			Recomendaciones, Gmab y signos de alarma
			Cita en 1 mes

Suma de la Cruz
Enfermera Jefe
R-RG 6238
Universidad del Magdalena

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS - 408

ATENCION GENERAL

A. IDENTIFICACION

No. Historia Clínica	1er Apellido	2do Apellido (o de casada)	Nombres
	Castro	Ategua	Daniela.

EDAD (AÑOS MESES DIAS)	SEXO	SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA
28	H ☐ M ☑	CNP		

15/02/2017 MC= Control Prenatal # 4
2:00 pm EA= Asintomatica, Pte quien asiste a consulta sola, alerta, orientada, hidratada afebril, refiere sentirse bien de salud.
Ant= Anotados
Sv. TA=100/60 mmHg TAM= 70 mmHg Peso= 58kg
Talla= 150cm IMC= 25,7 sobrepeso gestacional
FC= 76x1 FR= 18x1 T°= 36,3°C SPO2= 97%.
ExFx= cabeza y cuello normal sin anteracion aparente, torax simetrico CP= ventilado R/C. ritmico sin soplos, mamas simetricas, con pezon apto para lactancia materna, abdomen blando, globoso, utero gravido, sin dolor a la palpacion; AU= 21cm FCF= 144 lpm presentacion Flotante, con movimientos fetales +1 Giv= no se evalua Pte no refiere sintomatologia, no perdidas vaginales, no sangrado, extremidades sin edema, sin varices venosas, piel normal Sistema neurologico sin deficit aparente, Pte con remision a psicologia nutricion desde 17 nov 2016 sin asistencia o confirmacion de cita, se explica la importancia de la asistencia.

DX - Emb 22,1 sem x ecu
- Emb 21,4 sem x Fum
- G2P1 A0V1

REGISTROS MEDICOS
SIS - 408

FECHA DÍA	MES	AÑO	DETALLE
15	02	17	- FUP = 2004
			- sobrepeso gestacional
			- BRJ
			Plan - SS/ paraclinicos I trimestre
			SS/ micronutriento
			Pendiente valoración x psicología
			nutrición
			Se brinda educación Prevención ATA
			TAMS
			- Signos de alarma
			- recomendaciones del embarazo
			- cita control 1 mes
			- recomendaciones gral
			Cristina Vélez G. ENFERMERA JEFE RUN 43092 U. COOPERATIVA DE COLOMBIA
2004	17		Pte con control programado para 3:20 pm se hace multiplo llamados Pte no asiste q con solicita programada 3:20 pm - 3:09 pm Vélez G. ENFERMERA JEFE RUN 43092 U. COOPERATIVA DE COLOMBIA

96

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL

REPUBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACION DE CAQUETÁ
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT: 891.190.011-8

NOTA DE TOMA DE CITOLOGIA

FECHA: 3-02-2017

NOMBRE Y APELLIDO: Daniela castro ortega

EDAD: 27 años ID 1006518059 HC 014159

MC: toma de citologia

ANT.FAM: CA mama

ANT.PAT: (-)

ANT.QX: (-)

G/O GPACV: 6 2 P2 U1

ITS: (-)

MENARQUIA: 12 años

CICLOS MESTRUALES: regulares

CCV PREVIA: 10-12-2015

METODO DE PLANIFICACION: ninguno

FUM 17-09-2016

E.F.VELLO PUBLICO: depilado

FLUJO: abundante amarillo

CUELLO CERVIX: ectropio

SV: TA: PESO: 57 k FC: FR:

DX: CITOLOGIA VAGINAL

PLAN: Se llena consentimiento informado

Se educa sobre hábitos higienicos, importancia de la toma de la CCV, its y su protección, autoexamen de mamas, se cita en 15 dias para reclamar resultados. 10-03-2017 Se entrega resultado negativo para lesion intraepitelial cita febrero 2018

Susana de la ENFERMERA JEFE PROGRAMA

FIRMA DEL RESPONSABLES _____ CC

Código:	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	
Fecha de Aprobación	CONSENTIMIENTO INFORMADO CITOLOGIA DE CUELLO UTERINO	
VERSION: En Estudio		

(En cumplimiento de la ley 23 de 1981 y las guías practicas para la seguridad del paciente. Ministerio de la proteccion social de 2010)

Yo: Daniela Castro Ortega

con documento de identidad 1006578059 de San Vicente edad 27

En forma voluntaria consiento, que el funcionario _____ me realice, EL EXAMEN DE CITOLOGIA DE CUELLO UTERINO, para tomar muestras representativas del cuello del utero en lamina de vidrio llamada portaobjeto. Entiendo que este procedimiento consiste, en la colocacion de un especulo en la vagina para obtener celulas del cuello del utero, que luego de colorearse, seran estudiadas por un citologo y/o patologo, en un microscopio de luz. En busqueda de lesiones presuntivas que puedan existir en dicho orgarno. Se me ha informado ademas que este procedimiento se realiza como prueba de tamizaje y que no se emite un diagnostico definitivo, en caso de dar un resultado anormal, se requiere otro examen confirmatorio llamado Colposcopia realizado por otro profesional. He sido informada y entiendo que este procedimeinto no presenta complicaciones implicitas a él. En algunas ocasiones puede provocarse dolor o molestia vaginal leve y en raros casos hemorragia escasa y pasajera.

CONDICIONES ESPECIALES

1. En caso de ser paciente embarazada, con historia de amenaza de parto prematuro, no se me instrumentara el canal endocervical. La muestra de la zona de transformacion se obtendra con la espatula de Ayre, al tomar la Muestra exocervical.

2. En caso de ser menor de edad, de uno de los siguientes grupos: Infante: Niña menor de 7 años . Impuber: Niña entre los 7 y los 14 años, el consentimiento informado se explicará y firmará, conjuntamente con representante legal o quien acredite patria potestad o en su defecto un tutor o curador. Menor adulto. Niña que se encuentra entre los 14 y los 18 años de edad, el consentimiento informado debe ser firmado por esta y de forma sustitutiva por sus padres, representante legal o quien acredite patria potestad o en su defecto un tutor o curador, Paciente catalogado como, Incapaz: Persónas con limitaciones de tipo psiquico, fisico o por su edad, que le impiden tener un desempeño igual al de un sujeto regular y por lo tanto es considerado por la ley como incapaces para llevar a cabo ciertos actos. El consentimiento informado debe ser firmado por sus padres, representante legal o quien acredite patria potestad o en su defecto un tutor o curador, para los incapaces absolutos se aplica el CONSENTIMIENTO DIFERIDO, cuando se cumplan los siguientes requisitos (Previa determinacion de los intereses del paciente, necesidad y urgencia del tratamiento, impacto y riesgo del tratamiento, capacidad y dicernimeinto del paciente edad y madurez del menor, Efectos beneficos comprobados, riesgos estadisticos informados). El consentimiento informado debe ser firmado por sus padres, representante legal o quien acredite patria potestad o en su defecto un tutor o curador, entiendo que para este procedimiento no se necesita anestesia. Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos del procedimiento que se me va a practicar, los cuidados que debo tener despues, estoy satisfecha con la informacion recibida por el funcionario quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas ha sido resueltas a satisfaccion, ademas comprendo y acepto el alcance y los riesgos que conlleva este procedimiento que aqui autorizo. En tales condiciones consiento:

Que se me realice EL EXAMEN DE CITOLOGIA DEL CUELLO UTERINO

Firma del responsable_____

c.c. _____ de _____

Ciudad y Fecha_____

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS - 408

ATENCION GENERAL

A. IDENTIFICACION

No. Historia Clinica:

1er Apellido: Castro
2do Apellido (o de casada): ortega
Nombres: Daniela

EDAD: 28 (AÑOS / MESES / DIAS)
SEXO: H ☐ M ☑
SERVICIO: CNP
SALA O CUARTO:
No. DE CAMA:

16/03/2017 MC= Control Prenatal #5
3:00pm EA= Asintomática, Paciente
quien Asiste a Consulta en compañía
de Familiar, Pte alerta, orientada, hidra-
tada, afebril, refiere sentirse bien de
salud, Pte con FUM Jasmal con
concepción no mal olor.
Ant= Anotados
SV= TA=100/60 mmHg TAM=73 mmHg Peso=60kg
Talla=150cm IMC=26,6 sobrepeso FC=76x'
FR=18x' T°=36,3°C SPO2=97%
EXF= cabeza y cuello mom sin anoma-
lía aparente, tórax simétrico CP=
ventilados RC= rítmico sin soplos, mamas
simétricas con pezón apto para lactancia
materna, abdomen globoso, útero grávido
sin dolor a la palpación, AU=24cm
FCF=140 LPM, con movimientos fetales (+)
presentación flotante, GIO= no se examina
paciente no refiere sintomatología no
sangrado no pérdida de líquido, presente
con flujo vaginal en el cual se le envía
tratamiento. ext= simétricas sin edema
sin varicosidades, Piel= normal, sistema
neurológico sin alteración aparente. Pte
con el examen VIH (no reactivo)
HB (no reactivo) citología negativa

REGISTROS MEDICOS
SIS - 408

FECHA DÍA	MES	AÑO	DETALLE
16	03	17	Se explica resultado a paciente
			IDX - Emb 26,2 Sem x Eco
			- Emb 25,5 Sem x FUM
			- G2 P1 A0 V1
			- FUP = 2004
			- Sobrepeso gestacional
			- RPO
			Plan = SS/ Parcial orina
			SS/ Frotis vaginal
			SS/ ecografía de detalle anatómico + perfil biofísico
			SS/ Clotrimazol crema vaginal aplicar 1 c/ noche x 7 días
			SS/ cefalexina 500 mg tomar 1 c/6h x 7 días
			SS/ Ácido ascórbico x 500 mg tomar 1 c-día x 10 días
			- pendiente cumplimiento a remisión a fisiología - nutrición
			- se brinda educación prácticas AIEPI - IAMI
			- pendiente cita PTO6 solicitado
			- se brinda educación sobre signos
			- signos de alarma
			- recomendaciones
			- cita control 1 mes
			- recomendación general
			Stefany Vélez N.
			ENFERMERA JEFE
			RUN 43582
			U. COOPERATIVA DE COLOMBIA

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS - 408

ATENCION GENERAL

A. IDENTIFICACION

1er Apellido	2do Apellido (o de casada)	Nombres	No. Historia Clinica
Castro	Ortega	Daniela	

EDAD (AÑOS MESES DIAS)	SEXO	SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA
	H ☐ M ☐	CPN		

01-04-17 M/C: CPN #6
9:20Am EA: Usuaria de 28 años de edad quien asiste a su 6CPN sola caminando x sus propios medios alerta, hidratada afebril, manifiesta sentirse bien de salud.
Antecedentes: Anotados
SV: TA: 100/60 mmHg TAM: 73mmHg Peso: 64kg Talla: 150cm IMC: 28.4 FC: 76x' FR: 18x' T: 36.7°C SPO2: 98%.
Ex fx: Cabeza y cuello movil, torax simetrico c/p ventilado R/C: rítmico sin soplo, abd globoso x utero gravido AU: 28cm FCF: 142x' Glu: no se valora, Ext: simetrica sin edema y sin varices Neuro: sin defect aparente Piel: normal.
Trae R/ lab PO: Ph: 7-5 D: 1010 leuc: 4-6 Epit: 3-5 bacterias: abundantes FFV: R. leuc: moderado Corynebacterium sp +++ PTOG: Ayuno 73mg/dl 2h: 107mg/dl
Trae ecografia de detalle anatomico de 01-04-17.
Concl: Ch 29 sem - conc. x fum B.f. al momento del exam Feto grande para E.G. Est. limitado x presentacion fetal podalica y EG. Avanzado.
Dx: - Emb de 30.6 sem x fum y ECO
- G2 P1V1
- Secundigestante
- FUV Podalico
- Feto grande para E.G.
- APO.
Plan: Remisión II nivel - Clín.

REGISTROS MEDICOS
SIS - 408

FECHA DÍA	MES	AÑO	DETALLE
			P. Calcio 200mg x2 S. ferroso 300mg x2 Acido folico 5mg x1
			Educación en Prácticas AIEPI (LME hasta los 6 meses
			y Complementaria hasta 2 años y mas, apoyo
			Psicoafectivo Estimulación Temprana se da conocer
			la importancia de asistir a Control, tomar con
			Parto hospitalario, planificación familiar, Reconocer
			los signos de alarma: fiebre, dolor de Cabeza
			Visión borrosa, hinchado en los ojos, el bebe
			no se mueve Convulsiones, Hinchazon de Cara,
			brazos y piernas, Cuidados del RN. Ponerlos
			Sacar al Sol en las mañanas, y Por las tardes
			Control de cuy. Limpieza del Cordón umbilical
			Recomendaciones Generales y Signos de alarma
			Control en 1 mes

Susana De la Cruz
Enfermera Jefe
R-PRO 6238
Universidad del Magdalena

CODIGO: F-SGC-000-	GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL** NIT. 891.190.011-8 **ATENCIÓN GENERAL**	
FECHA DE APROBACIÓN:		
VERSIÓN:		

A - IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Calo	Alegra	Naela	

EDAD (AÑOS MESES DÍAS)	SEXO	SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA
28	H ☐ M ☒	CPN # 7.		

02/junio/2017
« CPN #7 »
Gestante acude solo hoy con embarazo de 37,3 bien por ecografía refiere sentirse bien, niega actividad uterina, niega flujo niega fiebre no edema, no amorea no pedidas vacunas
Antecedentes
hemoglobinopatías O+ - rubéola IgG 146 reactivo IgM neg
Toxo.
(9) ecografía. 17 / mayo 2017
embarazo de 36,2 sem feto único cefálico macrosomía fetal polihidramnios moderado. peso 3125 gr percentil 85 para edad 11/07 2017
Al ecum fetal. FC 8cm TA 100/60 Sin gt %
peso 85 kg talla 150 cm IMC 28,89 kg/m²
cardiopulmonar sin soplos no agregados abdomen globoso AU vacuna FCF 150 lm ritmical sin edema llenado capilar menor 2 segundos.
glicemia 111,5
cdx
- embarazo de 37,3 sem
- G2P1V1.
- descartado
- feto longitudinal cefálico macrosomía + polihidramnios
- ARO

FECHA			DETALLE
Día	Mes	año	
			— plan - Remisión Urgente ginecología E/O
			— Seguimiento 10 días ginecología obstetricia
			— Sin restricción solicitud ginecología obstetricia
			— Sin hemoglobina glicemia
			— TPH TTP V
			— Sin Hemograma ant uno
			— Nombreo fetal diario
			— cita 8 días
			— Signos alarma
			— Tanto
			— Acudir de inmediato urgencias al menor trabajo parto
			Nota medica: Paciente a consulta gestante a término con alta morbimortalidad materna dado a polihidramnios + macrosomia fetal se decide remitir de manera prioritaria urgente para lo cual se llama a Asist Salud para toma cita prioritaria, refieren paciente ya valorada con ginecologo. Dada bien el cuadro clínico de acuerdo medica, se da nueva orden de remision abierta, se explica a paciente motivo y complicaciones, entiende y acepta remite esta abierta e. urgente con cita ginecologia

Dra. Carol Viviana Aponte Carrascal
C.C. 1.032.453.05
Médico General
Fundación Universitaria Juan N. Corpas

CODIGO:F-SGC-000-	GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL NIT. 891.190.011-8	
FECHA DE APROBACIÓN:		
VERSIÓN:	ATENCIÓN GENERAL	

A - IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Daniela	Castro	Ortega 1006518059.	

EDAD (AÑOS MESES DÍAS)	SEXO	SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA
28	H ☐ M ☒	CPN	8 9/6/2017 9:40	

Parto programado 9:40. Llama 9:40
9:45
9:50.
No atiende llamado. No asiste a control.

Luisa Fernanda Domínguez
Médico Cirujano
U. Nacional de Colombia
R.M. SSO 2341

Se realiza ecografía 3:00 pm hora en que asiste la paciente. Acude sola. Asintomática por vasoespasmo. No irritación uterina. No flujo. Percibe mov. fetales. Niega perdidas vaginales. Refiere contracciones de Braxton Hicks.

Gesto alerta hidratada FC 65 FR 18 Sat 98%
T 36 (TA 120/80) NO TA 120/80
auscultación cardio pulmonar sin alteraciones. Abdomen globoso
x útero gravido de AU 38 FCF 158.
Mov. fetales + extremidades móviles sin edema. Neuro
sin déficit Peso 64. talla 1.50 IMC 28.44 Adecuado

Paraclínicos. 5/6/17. leucos 5700 N 61.1 Ant 31.9.
Hb 12.5 Hto 37.3 Plaq 215000 VDRL No reactivo
HIV no reactivo.

38.2 (13.3).

FECHA			DETALLE
Día	Mes	año	
			Dx Gestación de 38,2 sem x ECO 1 (13,3 cm).
			G2P1A0V1
			FUP 29/Enero/2004
			P. pregestacional > 100 kg
			Macrosomia fetal
			Oligohidramnios.
			ARO.
			Escala Herrera 1.
			Plan: Paciente en gestación a término
			sin salida del control prenatal, se da
			seguimiento de ciclaje de parto en II/III
			nivel por macrosomia y oligohidramnios.
			Se quito con monitoria fetal hasta 20 junio de
			2017 cuando cumple 40 semanas ucior a urgencias
			sin no ha iniciado trabajo de parto.
			- Signos de alarma - ver anexo -
			- Educación en lactancia, planificación y derechos
			sexuales y reproductivos.
			(P) Vol. de seguimiento PO 6/0. (P) asignación cita
			x EPS. Se hera CUAP.
			Paciente retira enlaces y acepta.

Luisa Fernanda Domínguez
Médico Cirujano
U. Nacional de Colombia
R.M. SSO 2341

702

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS 409

EVOLUCIÓN

Hoja No.

A. IDENTIFICACIÓN

1er Apellido	2do Apellido (o de Casada)	Nombres	No. HISTORIA CLINICA
Castro	Ortega	Daniela	014159

EDAD (Años Meses Días)	SEXO	Servicio	Sala o Cuarto	No. de Cama
27	M ☐ F ☒	CPN		

B. ORDENAMIENTO

- 1 Información dada por el paciente
- 2 Signos Vitales
- 3 Hallazgos más importantes
- 4 Complicaciones
- 5 Diagnóstico presuntivo
- 6 Diagnóstico Definitivo
- 7 Tratamiento
- 8 Resultados del tratamiento
- 9 Cambios en el manejo del paciente
- 10 Observaciones
- 11 Firma y código de la persona que presta la atención

FECHA Día	Mes	Año	DETALLE
17	11	16	Usuaria de 27 años de edad ingresa a control prenatal, es valorada por Lic. Dra Carol Aponte G2 P1V1 SG8 Dx fue clasificada en Bajo Riesgo obstetrico. trae reporte de paraclinicos de 1a vez se pasa a odontologia y valuación se explica la importancia de los controles prenatales, habitos alimenticios saludables, efectos secundarios del embarazo y prevención de la automedicación alcohol y tabaco. Se dan recomendaciones generales hoja con signos de alarma, copia de examenes y cita 19-12-16 (1) Toxos IgG IgM Rubeola - Uroculturo - Ecografia - valoración nutricion - Psicologia - citologia
			Aida Maria Silva H. AUXILIAR DE ENFERMERIA CC. 36 307 326
19-12-16			CPN #02 SG 13-6 BEO se da charla sobre cambios y cuidados durante el embarazo se dan recomendaciones signos de alarma y cita 17-01-17 (1) Toxos de control y valoración Sto. Glucemia Sideremia
			Aida Maria Silva H. AUXILIAR DE ENFERMERIA CC. 36 307 326
17-01		17	CPN #03 SG 17 BEO se pasa a valuación de enfermeria se dan recomendaciones signos de alarma cita 15-02-17 (1) Uk con nutrición - Ecografia SI EPS AUTORIZO PERO NO ASIGNO CITA
			Aida Maria Silva H. AUXILIAR DE ENFERMERIA CC. 36 307 326

FECHA			DETALLE
DÍA	MES	AÑO	
15	02	17	CPN#4 SG: 22,1 xECO - 21,1 xFUM BRO, se da charla sobre autocuidado, prevención de accidentes se dan recomendaciones generales y signos de alarma nueva cita 16/03/17 P// Exámenes II trimestre - Valoración Nutrición Bioq Edn
16	03	17	CPN#5 SG: 25,5xFUM. BRO, se dan recomendaciones generales y signos de alarma dolor de cabeza persistente, fiebre, visión borrosa y nueva cita 20/04/17 P// FFU-PO. ecografía detalle - Valoración nutrición Psicología Edna Gonzalez
21	04	17	CPN#6 SG: 30,6 xECO APO, se dan recomendaciones generales y signos de alarma nueva cita 22/05/17 P// G/O Edna Gonzale
02	06	17	CPN#7 SG: 37,3 APO, se educa sobre la importancia de los controles prenatales lactancia materna exclusiva, técnica de amamantamiento signos de alarma nueva cita 09/06/17 P// Test de osullivan - hemoglobina glicosilada - TSH-T4 libre - exámenes III trimestre - monitoreo fetal Edna
09	06	17	CPN#8 SG: 39,2 APO, usuaria referida por la Dra Luisa Domínguez quien decide seguimiento por urgencias, se explican signos de alarma P// control G/O - Monitoreo fetal Edna

703
122

GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ
E.S.E. HOSPITAL
SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH

Yo X Daniela Castro Ortega, certifico que:

He leído (o que se ma ha leído) el documento sobre Consentimiento Informado que contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgo, y que entiendo su contenido incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la prueba.

He recibido consejería PRE - TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnosticas).

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría post-prueba (procedimientos mediante el cual se me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

X Daniela Castro Ortega

Firma de la Persona quien da el consentimiento

Nombre: _____

Cédula de Ciudadanía No. X 1006518059 De X San Vicente

Stefanny Vélez N.
ENFERMERA JEFE
RUN 43892
U. COOPERATIVA DE COLOMBIA

_____

Firma del Profesional que realizó la Consejería

Nombre: _____

Cédula o Registro profesional No. _____ De _____

_____

Firma del Médico a quien se autoriza el Consentimiento informado

Nombre: _____

Cédula o Registro profesional No. _____ De _____

Nota: *Las consejerías pre y post-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de tesorería a las personas con temor de estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando el SIDA.*

15-11-16
B/ Triunfo

Anexo 3 - Guía de Atención del VIH/SIDA

GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ
E.S.E. HOSPITAL
SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH

Yo Daniela Castro Ortega, certifico que:

He leído (o que se me ha leído) el documento sobre Consentimiento Informado que contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgo, y que entiendo su contenido incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la prueba.

He recibido consejería PRE - TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnosticas).

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría post-prueba (procedimientos mediante el cual se me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Firma de la Persona quien da el consentimiento
Nombre: Daniela Castro Ortega
Cédula de Ciudadanía No. 1006518059 De San Vicente

Sigrid Vélez C.N.
ENFERMERA JEFE
RUN 43892
U. COOPERATIVA DE COLOMBIA

Firma del Profesional que realizó la Consejería
Nombre: _____
Cédula o Registro profesional No. _____ De _____

Firma del Médico a quien se autoriza el Consentimiento informado
Nombre: _____
Cédula o Registro profesional No. _____ De _____

Nota: *Las consejerías pre y post-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de tesorería a las personas con temor de estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando el SIDA.*

33
A/S

GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ
SAN VICENTE DEL CAGUAN

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

NOMBRES	APELLIDOS	CEDULA DE CIUDADANÍA
Daniela	castro ortega	1006518059

DIRECCIÓN RESIDENCIA HABITUAL	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO
B/El Triunfo	San vicente	caqueta	3125515906

EDAD	FECHA DE NACIMIENTO (D M A)	MÉTODO DE PLANIFICACIÓN	TIEMPO (MESES / AÑOS)
27	12 02 89	ninguno	

ESTA USTED EMBARAZADA	SI	NO	FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (D M A)
	1 X	2	17 09 2016

CITOLOGÍAS PREVIAS	SI	NO	FECHA ÚLTIMA CITOLOGÍA (D M A)	CUAL FUE EL RESULTADO	NORMAL	ANORMAL	NO SABE
	1 X	2	16 12 2015		1 X	2	9

ALGUNA VEZ LE PRACTICARON

- [ ] CAUTERIZACIÓN EN EL CUELLO UTERINO — FECHA (D M A)
- [ ] HISTERECTOMIA — FECHA (D M A)
- [ ] CONIZACIÓN DEL CUELLO UTERINO — FECHA (D M A)
- [ ] RADIOTERAPIA EN EL UTERO — FECHA (D M A)

ASPECTO DEL CUELLO Ectropio

TOMO LA CITOLOGÍA	APELLIDOS	NOMBRES	CARGO	FECHA (D M A)
	Estefany	velez	Jefe Enfermera	3 02 2017

LABORATORIO	FECHA LECTURA (D M A)	No. DE PLACA
	8 3 17	639-17

INFORME DE CITOLOGÍA CERVICO -UTERINA

CALIDAD DE MUESTRA

- [X] SATISFACTORIA
  - [ ] CÉLULAS ENDOCERVICALES/ZONA DE TRANSFORMACIÓN PRESENTE
  - [X] CÉLULAS ENDOCERVICALES/ZONA DE TRANSFORMACIÓN AUSENTE
- [ ] INSATISFACTORIA
  - [ ] MATERIAL ESCAMOSO ESCASO
  - [ ] CONTAMINANTES
  - [ ] EXTENDIDO GRUESO
  - [ ] MAL FIJADA
- [ ] RECHAZADA
  - [ ] LÁMINA SIN IDENTIFICAR
  - [ ] LÁMINA INCOMPLETA
  - [ ] LAMINA ROTA
  - [ ] SIN FORMATO

CATEGORIZACIÓN GENERAL

- [X] NEGATIVA PARA LESIÓN INTRAEPITELIAL O MALIGNIDAD
- [ ] ANORMALIDAD EN CÉLULAS EPITELIALES

ORGANISMOS

- [ ] TRICHOMONA VAGINALIS
- [ ] CÁNDIDA S.P
- [ ] VAGINOSIS BACTERIANA
- [ ] ACTINOMYCES S.P
- [ ] HERPES SIMPLE
- [ ] NO SE OBSERVA FLORA PATÓGENA

HALLAZGOS NO NEOPLÁSICOS

- [X] CAMBIOS REACTIVOS ASOCIADOS A INFLAMACIÓN
- [ ] CAMBIOS REACTIVOS ASOCIADOS A RADIACIÓN
- [ ] CAMBIOS REACTIVOS ASOCIADOS A DIU
- [ ] CÉLULAS GIANDULARES POS-HISTERECTOMIA
- [ ] ATROFIA

ANOMALÍAS CÉLULAS ESCAMOSAS

- [ ] ATÍPICAS
  - [ ] INDETERMINADAS (ASC-US)
  - [ ] SOSPECHOSAS ALTO GRADO (ASC-H)
- [ ] LESIÓN INTRAEPITELIAL
  - [ ] BAJO GRADO (INFECCIÓN VPH, DISPLASIA LEVE, NIC I)
  - [ ] ALTO GRADO (DISPLASIA MODERADA, NIC II, DISPLASIA SEVERA, CARCINOMA IN SITU, NIC III)
- [ ] CARCINOMA ESCAMOCELULAR INFILTRANTE

ANOMALÍAS CÉLULAS GLANDULARES

- [ ] ATÍPICAS
- [ ] ATÍPICAS QUE SUGIEREN NEOPLASIA
- [ ] ADENOCARCINOMA IN SITU
- [ ] ADENOCARCINOMA INFILTRANTE
- [ ] ENDOCERVICAL
- [ ] ENDOMETRIAL
- [ ] OTROS

COMENTARIOS:

LECTURA:	REVISIÓN:	FECHA:

IMPRESOS CAMACHO F. TEL. 435 4666 CEL. 314 358 9292

106
105

1721

GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ
E.S.E. HOSPITAL
SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO

NOMBRE: DANIELA CASTRO ORTEGA IDENTIF.: 1006518059 EDAD: 28 SEXO: F

MEDICO: STEFANY FECHA: 13-03-17 EPS: A/S SERVICIO: C-EXT

HEMATOLOGIA		
PARAMETROS	RESULTADO	VALOR NORMAL
HEMOGLOBINA		H14-17/M12-15g/dl
HEMATOCRITO		H42-52/M37-47%
LEUCOCITOS		5.000-10.000mm
NEUTROFILOS		55-70%
LINFOCITOS		17-45%
MONOCITOS		2-8%
EOSINOFILOS		1-4%
BASOFILOS		0.2-1.2%
CAYADOS		0-2%
PLAQUETAS		150-450/mm
VSG		0-20mm/h
GOTA GRUESA		NEGATIVO
HEMOCLASIFICACION		

EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA:

QUIMICA SANGUINEA		
	RESULTADO	VALOR NORMAL
GLICEMIA		70-110mg/dl
PTOG (embarazadas)ayunas		menor de 92 mg/dl
1 hora post carga de 75 gr		menor de 180 mg/dl
2 horas post carga:		menor de 153 mg/d
GLICEMIA PRE:		70-110 mg/dl
GLICEMIA POST:		menor de 200mg/dl
COLESTEROL		hasta 200 mg/dl
TRIGLICERIDOS		hasta150mg/dl
HDL-C		40-60mg7dl
LDL-C		79-189mg/dl
ACIDO URICO		H3,4-7/M 2,4-5 mg/dl
BUN		6-20 mg/dl
CREATININA		H 0.7-1.3mg/dl M 0.5-1.0mg/dl
BIL. TOTAL		0.3-1.9 mg/dl
BIL. DIRECTA		0-0.3mg/dl
BIL INDIRECTA		
ASPECTO DEL SUERO:		

UROANALISIS		
EXAMEN FISICO-QUIMICO		EXAMEN MICROSCOPICO
COLOR	LEUCOCITOS	X CAMPO DE AP
ASPECTO	HEMATIES	X CAMPO DE AP
PH	CEL. EPITELIALES	X CAMPO DE AP
DENSIDAD	CEL.RENALES	X CAMPO DE AP
GLUCOSAmg/dl	BACTERIAS	
PROTEINAS mg/dl	MOCO	
SANGRE	CRISTALES:	
NITRITOS		
UROBIL. mg/dl		
LEUCOCITOS	CILINDROS	
BILIRRUBINAS		
LEVADURAS	OTROS	
CETONAS mg/dl		

FROTIS VAGINAL-URETRAL	COPROLOGICO
EXAMEN FRESCO:	COLOR:
Celulas guia:	CONSISTENCIA:
Trofozoitos de Trichomona vaginalis:	ALMIDON
Blastoconidias y seudomicelios:	MOCO
GRAM:	GRASAS
Reacción leucocitaria:	LEVADURAS
MICROBIOTA BACTERIANA	HEMATIES
Lactobacillus sp.:	LEUCOCITOS
Corynebacterium sp.:	MICROBIOTA BACTERIANA
Mobiluncus sp.:	PARASITOS INTESTINALES
cocobacilos gram variables:	
cocobacilos gram negativos:	
Diplococos gram negativos:	
Cocos gram positivos:	
Bacilos gram negativos:	

INMUNOLOGIA		
	RESULTADO	VALOR NORMAL
VDRL	No reactivo	NO REACTIVO
PCR		menor de 6mg/l
FR		menor de 8 UI/ml
ASTOS		menor de 200UI/ml
FTA-ABS		NEGATIVO
GRAVINDEX		
HB AgS		NO REACTIVO
Ac anti VIH	No reactivo	NO REACTIVO
AG FEBRILES		
1 TIFICO O		NEGATIVO
2 FLAGELAR H		NEGATIVO
3 PARATIFICO A		NEGATIVO
4 PARATIFICO B		NEGATIVO
5 brucella abortus		NEGATIVO
6 proteus OX19		NEGATIVO
OBSERVACIONES:		

VARIOS	
PT:	8- 15 SEGUNDOS
PTT:	31- 48 SEGUNDOS
BACILOSCOPIA SERIADA DE ESPUTO:	
FORTIS DE LEISMANIA:	
FROTIS DE GARGANTA: leucocitos:	
Microbiota bacteriana:	
KOH:	

NOTA: ANALITICA REPETIDA CON LA MUESTRA RECIBIDA, SI LOS DATOS NO CONCUERDAN CON LA CLINICA DEL PACIENTE SE SUGIERE REPETIR TOMA DE LA MUESTRA.

Nancy Lona Vega
Bacteriólogo

BACTERIOLOGO(A)

I. BACTERIOLOGO(A)
REG. 6446

ECOGRAFÍA DE DETALLE ANATOMICO

Fecha: 01/ABRIL/2017	Entidad: ASMET SALUD
Nombre: DANIELA CASTRO ORTEGA	Edad: 28 años
Identificación: 1006518059	Indicación: TAMIZAJE
FUM: 17/09/2016	Edad Gestacional:28 sem. FUR

HALLAZGOS:

Útero grávido ocupado por feto único vivo, con actividad cardiaca presente y regular con modo B, M y Doppler color, tono conservado y movimientos activos, presentación PODALICO , situación LONGITUDINAL con dorso DERECHO FCF: 152 latidos por minuto.

EVALUACIÓN PLACENTARIA Y CORDÓN UMBILICAL:

Placenta con implantación normal a nivel FUNDICA Y POSTERIOR grado II/III con un espesor de 37 mm. De aspecto normal, no se visualizan áreas de desprendimientos ni de hematomas. Cordón umbilical trivascular con longitud y diámetros de apariencia normales.

MEDICIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE LÍQUIDO AMNIÓTICO:

Evaluación *Cualitativa:* Volumen EN EL LIMITE SUPERIOR DE LA NORMALIDAD ILA 23cm.

BIOMETRIA FETAL: VER ANEXO

PESO FETAL ESTIMADO	1475gramos. Percentil: >95°

ANATOMÍA FETAL

CABEZA:	Hay integridad del cráneo, estructuras intracraneales presentes: línea media, cavum, tálamos, ventrículos cerebrales y parénquima cerebral de aspecto ecográfico normal; atrio ventricular: 6.4mm, fosa posterior normal, cisterna magna:7.5.Pliegue nucal: 5mm.
CARA Y CUELLO:	Simétrica, Diámetro interorbitario: NAmm. Hueso nasal presente de 8.9 mm. hay integridad y simetría de labios y paladar. Cuello normal.
TORAX:	De tamaño normal, pulmones ecográficamente normales sin evidencia de masas quísticas ni sólidas.
CORAZÓN:	Evaluación cardiaca extendida, situs solitus con levocardia y mesoápex, relación cardiotorácica normal; corte de cuatro cámaras, corte de tres vasos y tráquea normales, tractos de salida de VI y VD normales, eje corto de ventrículos normal.
ABDOMEN:	Corte transversal se visualiza burbuja gástrica localizada a la izquierda; intestino ecográficamente normal; Riñones: VISUALIZADOS DE ASPECTO NORMAL. Vejiga llena con pared vesical normal; pared abdominal integra sin evidencia de defecto aparente. Genitales fenotipo MASCULINO
COLUMNA V.	VISUALIZADA DE ASPECTO NORMAL.
EXTREMIDADES:	De difícil valoración por posición fetal y EG avanzada

CONCLUSION:

- EMBARAZO DE 29 SEMANAS 0 DIAS - CONCORDANTE CON FUR.
- BIENESTAR FETAL AL MOMENTO DEL EXAMEN
- FETO GRANDE PARA LA EAD GESTACIONAL
- ESTUDIO LIMITADO POR PRESENTACION FETAL EN PODALICO Y EG AVANZADA

NOTA: Se recomienda control con ecografia obstetrica y perfil biofisico en 1 mes, por feto grande para la EG. Correlacionar con clínica y paraclínicos al nacimiento

JAVIER ANDRES RAMIREZ MARTINEZ
MEDICINA MATERNO- FETAL
FUCS- SAN JOSE- RM 193485/03

DR. JAVIER ANDRES RAMIREZ MARTINEZ
MEDICINA MATERNO FETAL- FUCS HOSPITAL DE SAN JOSE
RM. 193485/03

DIGITADO POR: EDITH GUZMAN

908

GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

REMISIÓN DE PACIENTES
SOLICITUD

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN
REGISTROS MEDICOS
SIS-412 A

A- IDENTIFICACIÓN DE INSTITUCIONES

DE:	A:
ESE HSR	Prontuario II Nivel

B- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO	2DO. APELLIDO (O CASADA)	NOMBRES	NO. HISTORIA CLÍNICA EN LA INSTITUCIÓN QUE REMITE
Castro	Ortega	Daniela	

EDAD (AÑOS MESES DIAS)	SEXO		NO. HISTORIA CLÍNICA EN LA INSTITUCIÓN QUE REMITE
8	HO / MO ✓	Bl El Triunfo	

PERSONAS RESPONSABLES DEL PACIENTE : (NOMBRE Y RELACIÓN DE PARENTESCO)

RESIDENCIA ACTUAL (Dirección , localidad, municipio, sección del pais)

TELÉFONO: 3125515906

C- SOLICITUD DE ATENCIÓN

FECHA DE REMISION (DIA / MES / AÑO)	MEDICO QUE REMITE	SERVICIO AL CUAL SE REMITE
01 / 04 / 17		Cdo

D. ORDENAMIENTO

1 Resumen de Anamnesis y Examen Físico.
2 Fecha y resultados de exámenes Auxiliares de Diagnostico
3 Resumen de la Evolución
4 Diagnostico
5 Complicaciones
6 Tratamientos Aplicados
7 Motivo de Remisión
8 Firma y Código de la Persona Responsable

Usuaria de 18 años de edad quien tiene 30.6 Sem de gestación x Eco grafia 7 trimestre
APF(0m1) APP(-) tox/ad(-) Dx(-) Cdo: G2P1V1 Semana: 12 años, I.V.S: 16 años #C.S: 2 ITS: (-) Citologia: x/ -CCU FUM: 13-09-16 FPP: 24-06-17
Rif: Lab: VIH No reactivo HB: No Reactivo. PTOG:
Pre: 75 Hb 10.7mg/dl Zh mg/dl
Su: TA: 100/60 mmHg TAM: 73mmHg Peso: 64kg Talla: 150cm
T°C: 98.4 FC: 76x' FR: 18x' T: 36.7°C Glice: 118 Au: 28cm
FCF: 142x'
Al examen físico se encuentra Abd globoso x útero grávido Au: 28 cm dolor a la Derecha Pedalico
Dx: - Emb de 30.6 Sem. x Eco
- G2P1V1
- Segundigestante
- FUV Pediatrico
- IRO - feto grande para EG.
Plan: SS Vx y manejo x su Especialidad

Dra. Margoth Cabrera
CC 1088341592
Medico General

GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ
E.S.E. HOSPITAL
SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO

2723

NOMBRE: Daniela Cabo Ortiga IDENTIF.: 1006518059 EDAD: 28, SEXO: F

MEDICO: Sterny FECHA: 28/04/2021 EPS: Asmet SERVICIO: Consulta

HEMATOLOGIA		
PARAMETROS	RESULTADO	VALOR NORMAL
HEMOGLOBINA		H14-17/M12-15g/dl
HEMATOCRITO		H42-52/M37-47%
LEUCOCITOS		5.000-10.000mm
NEUTROFILOS		55-70%
LINFOCITOS		17-45%
MONOCITOS		2-8%
EOSINOFILOS		1-4%
BASOFILOS		0.2-1.2%
CAYADOS		0-2%
PLAQUETAS		150-450/mm
VSG		0-20mm/h
GOTA GRUESA		NEGATIVO
HEMOCLASIFICACION		
EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA:		

QUIMICA SANGUINEA		
	RESULTADO	VALOR NORMAL
GLICEMIA		70-110mg/dl
PTOG (embarazadas)ayunas		menor de 92 mg/dl
1 hora post carga de 75 gr		menor de 180 mg/dl
2 horas post carga:		menor de 153 mg/dl
GLICEMIA PRE:		70-110 mg/dl
GLICEMIA POST:		menor de 200mg/dl
COLESTEROL		hasta 200 mg/dl
TRIGLICERIDOS		hasta150mg/dl
HDL-C		40-60mg7dl
LDL-C		79-189mg/dl
ACIDO URICO		H3,4-7/M 2,4-5 mg/dl
BUN		6-20 mg/dl
CREATININA		H 0.7-1.3mg/dl M 0.5-1.0mg/dl
BIL. TOTAL		0.3-1.9 mg/dl
BIL. DIRECTA		0-0.3mg/dl
BIL INDIRECTA		
ASPECTO DEL SUERO:		

UROANALISIS		
EXAMEN FISICO-QUIMICO		EXAMEN MICROSCOPICO
COLOR	LEUCOCITOS	4-6 X CAMPO DE AP
ASPECTO	HEMATIES	X CAMPO DE AP
PH 7,1	CEL. EPITELIALES	3-5 X CAMPO DE AP
DENSIDAD 1010	CEL.RENALES	X CAMPO DE AP
GLUCOSAmg/dl	BACTERIAS	abundantes
PROTEINAS mg/dl	MOCO	
SANGRE	CRISTALES:	
NITRITOS		
UROBIL. mg/dl		
LEUCOCITOS +	CILINDROS	
BILIRRUBINAS		
LEVADURAS	OTROS	
CETONAS mg/dl		

FROTIS VAGINAL-URETRAL	COPROLOGICO
EXAMEN FRESCO:	COLOR:
Celulas guia:	CONSISTENCIA:
Trofozoitos de Trichomona vaginalis:	ALMIDON
Blastoconidias y seudomicelios:	MOCO
GRAM:	GRASAS
Reacción leucocitaria: moderado	FIBRAS
MICROBIOTA BACTERIANA	HEMATIES
Lactobacillus sp.:	LEUCOCITOS
Corynebacterium sp.: +++	MICROBIOTA BACTERIANA:
Mobiluncus sp.:	PARASITOS INTESTINALES
cocobacilos gram variables:	
cocobacilos gram negativos:	
Diplococos gram negativos:	
Cocos gram positivos:	
Bacilos gram negativos:	

INMUNOLOGIA		
	RESULTADO	VALOR NORMAL
VDRL		NO REACTIVO
PCR		menor de 6mg/l
FR		menor de 8 UI/ml
ASTOS		menor de 200UI/ml
FTA-ABS		NEGATIVO
GRAVINDEX		
HB AgS		NO REACTIVO
Ac anti VIH		NO REACTIVO
AG FEBRILES		
1 TIFICO O		NEGATIVO
2 FLAGELAR H		NEGATIVO
3 PARATIFICO A		NEGATIVO
4 PARATIFICO B		NEGATIVO
5 brucella abortus		NEGATIVO
6 proteus OX19		NEGATIVO
OBSERVACIONES:		

VARIOS	
PT:	8- 15 SEGUNDOS
PTT:	31- 48 SEGUNDOS
BACILOSCOPIA SERIADA DE ESPUTO:	
FORTIS DE LEISMANIA:	
FROTIS DE GARGANTA: leucocitos:	
Microbiota bacteriana:	
KOH:	

NOTA: ANALITICA REPETIDA CON LA MUESTRA RECIBIDA, SI LOS DATOS NO CONCUERDAN CON LA CLINICA DEL PACIENTE SE SUGIERE REPETIR TOMA DE LA MUESTRA.

Mayli Navarro Valencia
BACTERIOLOGO(A)

Nashely Lobo Hoyos
Bacteriologa
BACTERIOLOGO(A)
REG. 1149

LABORATORIO CLINICO
CLAUDIA XIMENA GONZALEZ TAPASCO
Bacterióloga Universidad de los Andes
CLINICA DEL YARI Tel. 4644293
San Vicente del Caguán - Caquetá

EXAMEN DE LABORATORIO CLÍNICO

Nombre del Usuario: **DANIELA CASTRO ORTEGA C.C.1.006.518.059** SEXO: **FEMENINO** **PARTICULAR**

N° de Muestra: **24** Edad: **28 AÑOS** Fecha **MARZO/21/2017** Solicita: **PARTICULAR**

QUIMICA SANGUINEA		
EXAMEN	RESULTADO	VALOR NORMAL
Glicemia en ayunas	73 mg/dl	70-110 mg/dl
Glicemia Postprandial 1hora		Menos de 180 mg/dl
Glicemia Postprandial 2 Horas	107 mg/dl	Menos de 155 mg/dl
Glicemia Postprandial3 Horas		Menos de 140 mg/dl
TRIGLICÉRIDOS		Hasta 150 mg/dl
COLESTEROL		Hasta 200 mg/dl
BUN		7-18 mg/dl
ÁCIDO ÚRICO		Hombres 3,4-7,0 /Mujeres 2,4-5.7 mg/dl
CREATININA		Hombres 0.7-1.2/Mujeres 0.5-1.0 ml/dl
BIL. TOTAL		Hasta 1.0 mg/dl
BIL. DIRECTA		Hasta 0.25 mg/dl
BIL. INDIRECTA		

UROANÁLISIS	
Examen Físico – Químico	Examen Microscópico
COLOR	
Aspecto	
PH	
DENSIDAD	
GLUCOSA -	
PROTEÍNAS -	
CETONAS -	
SANGRE -	
NITRITOS	
UROBIL -	
LEUCOCITOS -	
OTROS :	

COPROLÓGICO			
Color			
Consistencia			
Olor		Almidón	
Moco		Grasas	
Nematdes			
Levaduras			
Flora bacteriana			
Reacción leucocitaria			
Parásitos intestinales			

FROTIS VAGINAL/URETRAL	
Fresco	
Bacterias	
Leucocitos	
KOH	
Gram	
PMN	
FLORA BACTERIANA	

INMUNOLOGÍA		
	RESULTADO	VALOR NORMAL
[illegible]E		NO REACTIVO
		MENOR DE 6 mg/dl
RA TEST		Neg, Menor a 6 UI/ml
ASTOS		MENOR DE 200 UI/ml
AGS FEBRILES		
1. Tifipico O		Títulos mayores a 1/80
2. Tifipico H		Son de importancia
3. Paratifipico A		Clínica
4. Paratifipico B		
5. Brucella Abortus		
6. Proteus OX19		

VARIOS	
GRAVINDEX	
Ag HEPATITIS B	
BACILOSCOPIA	
TSH	VN 0.4 – 4.2 uIU/ml
P.S.A	VN Hasta 4.0 ng/ml
HEMOGLOBINA GLICOSILADA:	
Valor Normal:	
Adultos: 2.2-4.8 %	
Diabéticos bien controlados: 2.5-5.9 %	
Diabéticos con control suficiente: 6-8.0 %	
Diabéticos mal controlados: Mayor a 8%	

BACTERIÓLOGA

BACTERIÓLOGA

Harold Silva
Consultorio de Medicina Materno Fetal

Florencia, 17 de Mayo de 2017
Hora: 11:53am

Nombre: DANIELA CASTRO ORTEGA	**Asegurador:** ASMET SALUD
Identificación: 1006518059	**Modalidad:** CONSULTA EXTERNA

ECOGRAFÍA OBSTETRICA + PERFIL BIOFISICO FETAL

Con equipo de ultrasonido marca General Electric – Voluson e, se realiza examen ecográfico encontrando:

Útero ocupado con feto único vivo. Situación Longitudinal, presentación cefalico dorso izquierdo. Actividad cardiaca positiva (Frecuencia cardiaca fetal de 134 L.P.M.).

Biometría:

DBP:	8.97 cm	EG: 36.2 Sem
CC:	32.41 cm	EG: 36.5 Sem
CA:	34.96 cm	EG: 38.6 Sem
LF:	6.51 cm	EG: 33.4 Sem

Que corresponde a una edad gestacional conjugada de 36 semanas 2 días.

Peso estimado fetal: 3125 gr. Percentil 85 para la edad gestacional.
Placenta fundica, grado III/III de maduración.
Líquido amniótico cualitativamente aumentado. I.L.A de 30.7 cm.
Sexo: Masculino

PERFIL BIOFISICO FETAL:

Tono fetal	2
Liquido amniótico. Lago mayor de 10.3 cm	2
Movimientos fetales	2
Movimientos respiratorios	2

Opinión:

1. EMBARAZO DE 36 SEMANAS 2 DÍAS.
2. FPP. 12 DE JUNIO DEL 2017.
3. FETO ÚNICO VIVO CEFALICO.
4. MACROSOMIA FETAL.
5. POLIHIDRAMNIOS MODERADO.
6. PBF: 8 / 8.

HAROLD ENRIQUE SILVA M.
GINECOLOGO-OBSTETRA
RM 1865/2003.

18/05/17

GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ
E.S.E. HOSPITAL
SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH

Yo_____, certifico que:

He leído (o que se ma ha leído) el documento sobre Consentimiento Informado que contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgo, y que entiendo su contenido incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la prueba.

He recibido consejería PRE - TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnosticas).

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría post-prueba (procedimientos mediante el cual se me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Daniela Castro Ortega

Firma de la Persona quien da el consentimiento
Nombre: _____
Cédula de Ciudadanía No. _____ De _____

_____
Firma del Profesional que realizó la Consejería
Nombre: _____
Cédula o Registro profesional No. _____ De _____

_____
Firma del Médico a quien se autoriza el Consentimiento informado
Nombre: _____
Cédula o Registro profesional No. _____ De _____

Nota: *Las consejerías pre y post-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de tesorería a las personas con temor de estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando el SIDA.*

T13

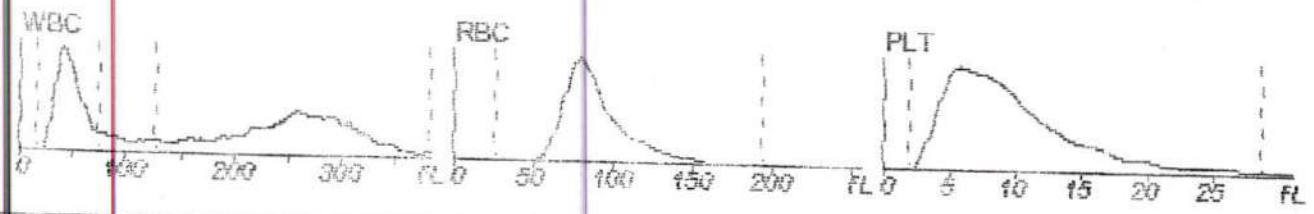
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL / SAN VICENTE DEL CAGUAN

ID: 4313 Modo: Completa Hora: 06-06-2017 10:19

Nombre: DANIELA CASTRO ORTEGA Sexo: Mujer Edad: 28 años

N.º hist clin: N.º cama: Dept.: CONSULTA EXTERNA

Parámetro	Result.		Rango ref.
WBC	5.7	x 10^9/L	4.0 - 10.0
Lymph#	1.8	x 10^9/L	0.8 - 4.0
Mid#	0.4	x 10^9/L	0.1 - 1.5
Gran#	3.5	x 10^9/L	2.0 - 7.0
Lymph%	31.0	%	20.0 - 40.0
Mid%	7.9	%	3.0 - 15.0
Gran%	61.1	%	50.0 - 70.0
HGB	12.5	g/dL	11.0 - 15.0
RBC	3.90	x 10^12/L	3.50 - 5.00
HCT	37.7	%	37.0 - 47.0
MCV	96.9	fL	80.0 - 100.0
MCH	32.0	pg	27.0 - 34.0
MCHC	33.1	g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV	13.5	%	11.0 - 16.0
RDW-SD	49.4	fL	35.0 - 56.0
PLT	215	x 10^9/L	100 - 300
MPV	7.8	fL	6.5 - 12.0
PDW	15.8		9.0 - 17.0
PCT	0.167	%	0.108 - 0.282



Ente.: CAROL Analiz.: NASHELY L Compr.: ASMET SALUD

Nashely Rojas Hoyos
Bacteriologa
U.C.M.A.
REG. 6446

LBN

MEDICO: Carol FECHA: 5/06/07 IDENTIF.: 1006516059 EDAD: 28 SEXO: F SERVICIO: Consulta E

174
113

HEMATOLOGIA

PARAMETROS	RESULTADO	VALOR NORMAL
HEMOGLOBINA		H14-17/M12-16g/dl
HEMATOCRITO		H42-52/M37-47%
LEUCOCITOS		5.000-10.000/mm
NEUTROFILOS		55-70%
LINFOCITOS		17-45%
MONOCITOS		2-8%
EOSINOFILOS		1-4%
BASOFILOS		0.2-1.2%
CAYADOS		0-2%
PLAQUETAS		150-450/mm
VSG		0-20mm/h
GOTA GRUESA		NEGATIVO
HEMOCLASIFICACION		

EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA:

QUIMICA SANGUINEA

	RESULTADO	VALOR NORMAL
GLICEMIA		70-110mg/d
PTOG (gramos de azucar en ayunas)		menor de 92 mg/d
1 hora post carga de 70 gr		menor de 180 mg/d
2 horas post carga:		menor de 153 mg/d
GLICEMIA PRE:		70-110 mg/d
GLICEMIA POST:		menor de 200mg/d
COLESTEROL		hasta 200 mg/dl
TRIGLICERIDOS		hasta150mg/dl
HDL-C		40-60mg7dl
LDL-C		70-189mg/dl
ACIDO URICO		H3-4/M 2,4-6 mg/dl
BUN		0-20 mg/dl
CREATININA		H0.7-1.3mg/dl M 0.6-1.0mg/dl
BIL. TOTAL		0.3-1.9 mg/dl
BIL. DIRECTA		0-0.3mg/dl
BIL INDIRECTA		
ASPECTO DEL SUERO:		

UROANALISIS

EXAMEN FISICO-QUIMICO		EXAMEN MICROSCOPICO
COLOR	LEUCOCITOS	X CAMPO DE AP
ASPECTO	HEMATIES	X CAMPO DE AP
PH	CEL. EPITELIALES	X CAMPO DE AP
DENSIDAD	CEL.RENALES	X CAMPO DE AP
GLUCOSAmg/dl	BACTERIAS	
PROTEINAS mg/dl	MOCO	
SANGRE	CRISTALES:	
NITRITOS		
UROBIL mg/dl		
LEUCOCITOS	CILINDROS	
BILIRRUBINAS		
LEVADURAS	OTROS	
CETONAS mg/dl		

FROTIS VAGINAL-URETRAL

EXAMEN FRESCO:
Celulas guia:
Trofozoitos de Trichomona vaginalis:
Blastoconidias y seudomicelios:
GRAM:
Reacción leucocitaria:
MICROBIOTA BACTERIANA
Lactobacillus sp.:
Corynebacterium sp.:
Mobiluncus sp.:
cocobacilos gram variables:
cocobacilos gram negativos:
Diplococos gram negativos:
Cocos gram positivos:
Bacilos gram negativos:

COPROLOGICO

COLOR:
CONSISTENCIA:
ALMIDON
MOCO
GRASAS
LEVADURAS
HEMATIES
LEUCOCITOS
MICROBIOTA BACTERIANA
PARASITOS INTESTINALES

INMUNOLOGIA

	RESULTADO	VALOR NORMAL
VDRL	No reactivo	NO REACTIVO
PCR		menor de 6mg/l
FR		menor de 8 UI/ml
ASTOS		menor de 200UI/ml
PTA- ABS		NEGATIVO
GRAVINDEX		
HB AgS		NO REACTIVO
Ac anti VIH	No reactivo	NO REACTIVO
AG FEBRILES		
1 TIFICO O		NEGATIVO
2 FLAGELAR H		NEGATIVO
3 PARATIFICO A		NEGATIVO
4 PARATIFICO B		NEGATIVO
5 brucella abortus		NEGATIVO
6 proteus OX19		NEGATIVO
OBSERVACIONES:		

VARIOS

PT:	9-15 SEGUNDOS
PTT:	31-48 SEGUNDOS

BACILOSCOPIA SERIADA DE ESPUTO:

FORTIS DE LEISMANIA:

FROTIS DE GARGANTA: leucocitos:
Microbiota bacteriana:

KOH:

NOTA: ANALISIS REALIZADO CON LA MUESTRA RECIBIDA, SI LOS DATOS NO CONCUERDAN CON LA CLINICA DEL PACIENTE SERVIRSE REPETIR TOMA DE MUESTRA.

Bacteriologa
T.B.C. 86 A
REG. 64

BACTERIOLOGO(A)

BACTERIOLOGO(A)

2623268 cuit 20-1076

CODIGO:F-SGC-TM 0046	GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL NIT. 891.190.011-8	
FECHA DE APROBACIÓN: 31 DE MARZO DE 2006		
VERSIÓN:DOS	**TRIAGE MEDICO**	

TRIAGE MEDICO

No. HISTORIA CLINICA: 074159

FECHA (DIA/MES/AÑO)	HORA ATENCIÓN (Formato en 24 hr)	IDENTIFICACION TIPO	IDENTIFICACION NUMERO	NOMBRES Y APELLIDOS
13/06/13	12:30	CC	1006518034	Daniela Castro Ortega

DIRECCIÓN:

TELEFONO

BARRIO ☐ VEREDA ☐

CUAL:

MUNICIPIO: st

DEPARTAMENTO: Cqt

CONTRIBUTIVO ☐
SUBSIDIADO ☐
OTRO ☐ CUAL_____

ASEGURADORA: Ab

COTIZANTE ☐
BENEFICIARIO ☐

FECHA NACIMIENTO (DIA/MES/AÑO): 12 02 1989

EDAD: 28 am

SEXO: F

MOTIVO DE CONSULTA(Textual como lo refiere el paciente)

vine a monitoreo y no se siente el bebe

RESUMEN ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES

FC	FR	T°C	TA	SatO2 (FIO2 21%)
93	20	36	110/70	98

PRIORIDAD ATENCION

- TRIAGE I ☐
- TRIAGE II ☐
- TRIAGE III ☐
- TRIAGE IV ☐

DIAGNOSTICO(S) Y/O COD.CIE 10

TIPO DE RIESGO

- ENFERMEDAD GENERAL ☑
- EMBARAZO/MATERNIDAD ☐
- ACCIDENTE TRANSITO ☐
- ACCIDENTE TRABAJO ☐
- EVENTO CATASTROFICO ☐
- ENFERMEDAD PROFESIONAL ☐
- TRAUMATISMO ☐
- VIOLENCIA INTRA FAMILIAR ☐
- VIOLENCIA SEXUAL ☐
- OTRO ☐

Angie Lorena C.C. 1026... MEDICO

DESTINO DEL PACIENTE: ☐ CONSULTA URGENCIAS ☐ CONSULTA PRIORITARIA ☐ CONSULTA EXTERNA PROGRAMADA ☐

NOMBRE DEL MEDICO:

FIRMA Y SELLO

TRIAGE: CLASIFICACION PACIENTES SEGUN LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD O EVENTO. SE CLASIFICA ASI:

- TRIAGE: PACIENTES CON EVENTOS GRAVES Y CRÍTICO QUE AMENAZAN SU VIDA Y SU SUPERVIVENCIA DEPENDE DE LA OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN MEDICA.

- TRIAGE II: PACIENTES CON EVENTOS QUE PUEDEN SER ATENDIDOS DENTRO DE LOS SIGUIENTES 10 A 15 MINUTOS LUEGO DE SU INGRESO, Y QUE NO SER ATENDIDO PUEDEN CONVERTIRSE EN TRIAGE I

- TRIAGE III: PACIENTES CUYO EVENTO PERMITE QUE PUEDAN SER ATENDIDOS DENTRO DE LAS SIGUIENTES 4 A 6 HORAS LUEGO DE SU INGRESO, PUEDEN SER ATENDIDOS POR CONSULTA PRIORITARIA.

- TRIAGE VI: PACIENTES CUYA CONDICIÓN CORRESPONDE A UNA URGENCIA, DEBEN SER REFERIDOS POR LA CONSULTA EXTERNA PROGRAMADA.

El médico e quien define la condición de urgencia y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia, deberá pagar el valor total de la atención. (art. 10 atención de urgencias, Resolución 5261 de 1994, circular externa 000010 del 22 de marzo de 2006 y anexo

GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

REGISTROS MÉDICOS
SIS 401

2623269-

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

014159

Distrib.		Prioridad		Clasificación		No. HC.	

NOMBRE	Daniela Castro Ortega	C.C. O T.I. 1006518059	EDAD 28	SEXO H / M	ESTADO CIVIL S / C / V	OTRO		
DIRECCION		BARRIO		TELÉFONO	FECHA DE INGRESO 13-6-17	HORA 12:30		
ACOMPAÑ.		DIRECCIÓN		TELÉFONO	FECHA DE SALIDA	HORA		

NATURAL		PROCEDENTE		OCUPACION	

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL	Ref a monitoreo paciente femenino de 28 años G2P1A0 V1 con gestación 39.0 sem por FEO4 x de 38,3 sem por FUR no confiable del 12-Sep-16 quien asiste luego a monitoreo fetal control durante el cual
ANTECEDENTES	

EXAMEN FÍSICO	T.A 110/70	F.C. 93	FR. 20	To. 36.	Tr. 98-1
ESTADO CONSCIENCIA	ALERTA	CONFUSO	OBNUBILA	ESTUPORO	COMATOSO

ESTADO MENTAL NORMAL ☑ ANORMAL ☐	HALLAZGOS no es posible auscultar fetocardia se remitiga a paciente quien refiere cuadro clínico de 2 días de evolución con consistente en dolor abdominal tipo contracción irradiado a región lumbar a dinámico no sangrado-urinario fétido desde el inicio sin consulta previa por servicio de urgencias niega periodos vaginales, sintomatología visible ceja a otros signos Antecedentes Resaltados PP (-) Alergicos (-) QX (-) Toxicos (-) Hemorragia 12
CABEZA Y ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS NORMAL ☑ ANORMAL ☐	
CUELLO Y TORAX NORMAL ☑ ANORMAL ☐	HALLAZGOS G2P1A0 V1 FUP 2004 CPN #8 Reflejos (-) pezones del control vel lisos anexo.
CARDIO-RESPIRATORIO NORMAL ☑ ANORMAL ☐	HALLAZGOS

REGISTROS MÉDICOS
SIS 401

ABDOMEN Y GENITOURINARIO NORMAL ☐ ANORMAL ☐	**HALLAZGOS** globoso por crecimiento de 36 cm blando, Feto único flota en líquido, si dolor, FCF no audible, no responde a estímulos auditivos ni sensitivos vagino NIHE cuello largo pos-tor cerrado sin pérdidas.
EXTREMIDADES Y OSTEOARTICULAR NORMAL ☒ ANORMAL ☐	**HALLAZGOS** no edema llenado capilar < 2 seg
NEUROLOGICO NORMAL ☑ ANORMAL ☐	**HALLAZGOS**

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA Gestación de 39.0 semanas x ecos II x 38.3 x FUR NC. Obito Fetal a observar G2P1A0V1 FUP 2004.	**EXÁMENES SOLICITADOS** SS Hemograma. + flotar Fetal. VDRL VIH.
PRESCRIPCION Observación Bolo DAD5% 300cc posterior Bolo 500 cc con suero Ringer Decúbito lateral izquierdo Sonda vesical a permanencia. Reposo Vigilar a cada de cursor complicación	**PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS** Se explica a paciente proceso actual, paciente, pronóstico, riesgo quirúrgico y anestesia

DESTINO DEL PACIENTE	Salida		Hospitalización		REMITIDO A:	Consulta Externa de:	Angie Laserna C.C. 1.046.428.8 MEDICO
	Observación		Morgue			Interconsulta de:	

Reporte de Paraclínicos Hemogramas Leu 8000 cu x 2.9 Pr Neu 64.8% HGB 12.5 HCTO 37.6 MCV 96.9 PLT 204000 VDRL NR VIH NR.

Angie Laserna
C.C. 1.046.428.8
MEDICO

MEDICO RESPONSABLE	Nombre		Firma		Categoría	
DOCENTE	Nombre		Firma			

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

RÉGISTROS MEDICOS
SIS - 409

ATENCION GENERAL

A. IDENTIFICACION

No. Historia Clínica

Cantro Ortega Daniela.
1er Apellido | 2do Apellido (o de casada) | Nombres

EDAD: 28 (AÑOS MESES DIAS)
SEXO: H ☐ M ☒
cc 1006518659.
SERVICIO | SALA O CUARTO | No. DE CAMA

13-6-17. parentos, con fut
8 controles prenatales. 13-01-17. TOXO
Prueba 166 13,5 IgM 1,196 pruu.
21-11-16. TOXOPrueba. 16631. IgM 5,
01-12-16 Rubeola. 166. 2145 IgM
3,08. HGB 13,2 PLT 33700 Hello
Cumplen. O+ VDRL NR VIH NR glucosa
78. 13-3-17. VDRL NR VIH NR P/ar-
20. 21-2017 73mg. 2 horas 107mg
5-6-17. Hemograma. Leuc. 5700.
Conf. 31.% Neu 61.1. HGB 12,5
HCTO. 37,7% PLT. 215000. VDRL NR
VIH NR. Ecografias #1 16-12-16.
Gestacion de 13,3 sem feto cuplimiento
longitudinal. Variable. Placenta pos
terior grado 0, LCA normal. PF 849gr.
Ecografia detalle anatomico 01-4-17.
Gestacion 29.0 sem biometria fetal de
producto dentro, examen. feto grande
para la edad gestacional entrada
limitada por posicion podalica y
F6 avanzada en cuarto superior
de normalidad 23 cm, placenta fundica
posterior grado II. #3. 17-6-17
Gestacion 36,2 Sem. Feto con una
macrosomia fetal. polihidramnios
moderado. placenta fundica. Grado III

REGISTROS MEDICOS
SIS - 408

FECHA			DETALLE
DÍA	MES	AÑO	

Víctor Loayza
C.C. 10401-3...
MEDICO

UA 30.7 .FCF 134 pb1 8/8

#110

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS
SIS 409

EVOLUCIÓN

Hoja No.

A. IDENTIFICACIÓN

1er Apellido	2do Apellido (o de Casada)	Nombres	No. HISTORIA CLINICA
Castro	Cortez	Daniela	

EDAD (Años Meses Días)	SEXO	Servicio	Sala o Cuarto	No. de Cama
28	M ☐ F ☒	Urgencias		1006518059

B. ORDENAMIENTO

- 1 Información dada por el paciente
- 2 Signos Vitales
- 3 Hallazgos más importantes
- 4 Complicaciones
- 5 Diagnóstico presuntivo
- 6 Diagnóstico Definitivo
- 7 Tratamiento
- 8 Resultados del tratamiento
- 9 Cambios en el manejo del paciente
- 10 Observaciones
- 11 Firma y código de la persona que presta la atención

FECHA Día	Mes	Año	DETALLE
13	06	17	12+35 Ingresa paciente de 28 años de Edad al servicio de urgencias consciente alerta orientada, embarazada caminando por sus propios medios acompañada de familiar por referir "viene a monitoreo y no se siente el bebe" se toman SV TA 110/70 FC 93 x' T° 36°C FR 22 x' Sp02 98% se pasa historia clinica en medio de turno quien valora ordena medicación, paraclínicos, sonda vesical y remisión a II nivel de complejidad. 12+45 se informa procedimiento a usuaria previa asepsia antiseptica se canaliza con yelco #18 MSD se toman paraclinicos se administra medicación segun orden medica 12+55 Jefe del servicio realiza punzo de sonda vesical a sistoflo previa asepsia antiseptica sin ninguna complicación deja a libre drenaje, ~~sep~~ 13+30 Se entrega usuaria a auxiliar de remisiones consciente alerta orientada animosa con VEN permeable, sonda vesical a sistoflo, SV TA 110/70 FC 86 x' Sp02 98% T° 36°C FCF no auscultable se pasa historia a cama usuaria solo acompañada de familiar
			.

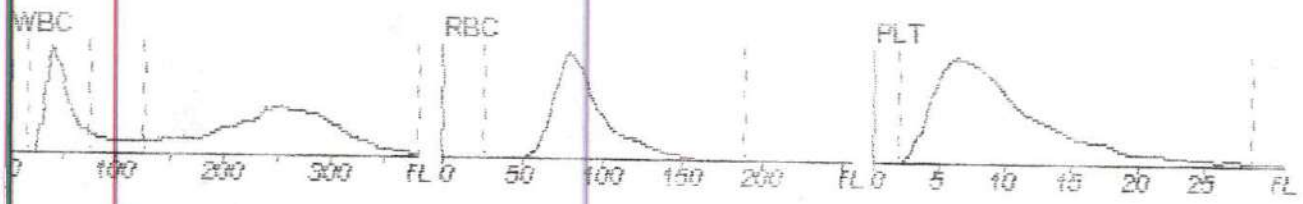
Aida Maria Silva H.
AUXILIAR DE ENFERMERIA
CC. 36 307 326

FECHA			DETALLE
DÍA	MES	AÑO	

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL / SAN VICENTE DEL CAGUAN

ID: 3606 Modo: Completa Hora: 13-06-2017 14:16
Nombre: DANIELA CASTRO Sexo: Mujer Edad: 28 años
N.º hist clin: N.º cama: Dept.: URGENCIAS

Parámetro	Result.		Rango ref.
WBC	8.0	x 10^9/L	4.0 - 10.0
Lymph#	2.2	x 10^9/L	0.8 - 4.0
Mid#	0.6	x 10^9/L	0.1 - 1.5
Gran#	5.2	x 10^9/L	2.0 - 7.0
Lymph%	27.3	%	20.0 - 40.0
Mid%	7.9	%	3.0 - 15.0
Gran%	64.8	%	50.0 - 70.0
HGB	12.5	g/dL	11.0 - 15.0
RBC	3.89	x 10^12/L	3.50 - 5.00
HCT	37.6	%	37.0 - 47.0
MCV	96.9	fL	80.0 - 100.0
MCH	32.1	pg	27.0 - 34.0
MCHC	33.2	g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV	12.9	%	11.0 - 16.0
RDW-SD	49.4	fL	35.0 - 56.0
PLT	204	x 10^9/L	100 - 300
MPV	8.0	fL	6.5 - 12.0
PDW	15.8		9.0 - 17.0
PCT	0.163	%	0.108 - 0.282



Rmte.: ANGIE Analiz.: NASHELY L Compr.: ASMET SALUD

Nashely Lopez Hoyos
Bacteriologa
I.U.C.M.A.
REG. [illegible]

GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ
E.S.E. HOSPITAL
SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-0

3607

720

EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO

NOMBRE: Daniela Castro IDENTIF.: 1006518059 EDAD: 39 SEXO: F

MEDICO: Angi L. FECHA: 19-6-17 EPS: A15 SERVICIO: URG

HEMATOLOGIA

PARAMETROS	RESULTADO	VALOR NORMAL
HEMOGLOBINA		H14-17/M12-16g/dl
HEMATOCRITO		H42-52/M37-47%
LEUCOCITOS		5.000-10.000/mm
NEUTROFILOS		50-70%
LINFOCITOS		17-45%
MONOCITOS		2-8%
EOSINOFILOS		1-4%
BASOFILOS		0.2-1.2%
CAYADOS		0-2%
PLAQUETAS		150-450/mm
VSG		0-20mm/h
GOTA GRUESA		NEGATIVO
HEMOCLASIFICACION		

EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA:

QUIMICA SANGUINEA

	RESULTADO	VALOR NORMAL
GLICEMIA		70-110mg/dl
PTOG (embarazadas)ayunas		menor de 92 mg/dl
1 hora post carga de 75 gr		menor de 180 mg/dl
2 horas post carga:		menor de 153 mg/d
GLICEMIA PRE:		70-110 mg/dl
GLICEMIA POST:		menor de 200mg/dl
COLESTEROL		hasta 200 mg/dl
TRIGLICERIDOS		hasta 150mg/dl
HDL-C		40-60mg7dl
LDL-C		70-189mg/dl
ACIDO URICO		H3.4-7/M 2.4-6 mg/dl
BUN		0-20 mg/dl
CREATININA		H0.7-1.3mg/dl M 0.6-1.0mg/dl
BIL. TOTAL		0.3-1.9 mg/dl
BIL. DIRECTA		0-0.3mg/dl
BIL INDIRECTA		
ASPECTO DEL SUERO:		

UROANALISIS

EXAMEN FISICO-QUIMICO		EXAMEN MICROSCOPICO	
COLOR	LEUCOCITOS		X CAMPO DE AP
ASPECTO	HEMATIES		X CAMPO DE AP
PH	CEL. EPITELIALES		X CAMPO DE AP
DENSIDAD	CEL.RENALES		X CAMPO DE AP
GLUCOSAmg/dl	BACTERIAS		
PROTEINAS mg/dl	MOCO		
SANGRE	CRISTALES:		
NITRITOS			
UROBIL. mg/dl			
LEUCOCITOS	CILINDROS		
BILIRRUBINAS			
LEVADURAS	OTROS		
CETONAS mg/dl			

FROTIS VAGINAL-URETRAL

EXAMEN FRESCO:
Celulas guia:
Trofozoitos de Trichomona vaginalis:
Blastoconidias y seudomicelios:
GRAM:
Reacción leucocitaria:
MICROBIOTA BACTERIANA
Lactobacillus sp.:
Corynebacterium sp.:
Mobiluncus sp.:
cocobacilos gram variables:
cocobacilos gram negativos:
Diplococos gram negativos:
Cocos gram positivos:
Bacilos gram negativos:

COPROLOGICO

COLOR:
CONSISTENCIA:
ALMIDON
MOCO
GRASAS
LEVADURAS
HEMATIES
LEUCOCITOS
MICROBIOTA BACTERIANA
PARASITOS INTESTINALES

INMUNOLOGIA

	RESULTADO	VALOR NORMAL
VDRL	No Reactivo	NO REACTIVO
PCR		menor de 6mg/l
FR		menor de 8 UI/ml
ASTOS		menor de 200UI/ml
HIA-ABS		NEGATIVO
GRAVINDEX		
HB AgS		NO REACTIVO
Ac anti VIH	No Reactivo	NO REACTIVO
AG FEBRILES		
1 TIFICO O		NEGATIVO
2 FLAGELAR H		NEGATIVO
3 PARATIFICO A		NEGATIVO
4 PARATIFICO B		NEGATIVO
5 brucella abortus		NEGATIVO
6 proteus OX19		NEGATIVO
OBSERVACIONES:		

VARIOS

PT:	11-15 SEGUNDOS
PTT:	31-48 SEGUNDOS

BACILOSCOPIA SERIADA DE ESPUTO:

FORTIS DE LEISMANIA:

FROTIS DE GARGANTA: leucocitos:
Microbiota bacteriana:

KOH:

NOTA: ANALITICA REPETIDA CON LA MUESTRA RECIBIDA, SI LOS DATOS NO CONCUERDAN CON LA CLINICA DEL PACIENTE ES BUENO REPETIR TOMA DE LA MUESTRA.

María Amparo Valencia
Bacterióloga
BACTERIOLOGO(A)
Reg. H-1 [illegible]

BACTERIOLOGO(A)

GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD URGENCIAS OBSERVACIÓN

IPS: | DIA: 13 | MES: 6 | AÑO: 17 | No. De Factura:

Historia No. 100651059 | AUTORIZACIÓN No.

No. Identificación — Tipo: C.C. [ ] Pasaporte [ ] Tarjeta de Identidad [ ] Menor sin Identificación [ ] C. Ext. [ ] Reg. Civil [ ] Adulto sin Identificación [ ] Numero Único de Identificación [ ]

I. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido: Centro | Segundo Apellido: Ortega | Nombres: Paula

Fecha de Nacimiento: Día 10 Mes 02 Año 1981 — Edad 28 Días [ ] Meses [ ] Años [ ]

Sexo: [ ] Masculino [ ] Femenino [ ] Indeterminado

Aseguradora: AS

Tipo de Usuario: Contributivo [ ] Subsidiado [ ] Vinculado [ ] Particular [ ] Otro [ ]

Tipo de Afiliado: Beneficiario [ ] Cotizante [ ] Adicional [ ]

Residencia Habitual: Dpto. Caquetá Mpio: S.V.C. Dirección:

Barrio/Vereda: Tel: Zona: Urbana [ ] Rural [ ]

II. DATOS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS

INGRESO — FECHA: DIA 13 MES 6 AÑO 17 — HORA: 12:30 AM [ ] PM [ ]

CAUSA EXTERNA

01	Accidente de trabajo	06	Evento Catastrófico	11	Sospecha Violencia Sexual
02	Accidente de transito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha Malt. Emocional
03	Accidente rábico	08	Lesión Auto infligida	13	Enfermedad General
04	Accidente Ofídico	09	Sospecha Malt. Físico	14	Enfermedad Profesional
05	Otro tipo de Accidente	10	Sospecha Abuso Sexual	15	Otra

LLEGADA DEL PACIENTE: CONSCIENTE [ ] INCONSCIENTE [ ] EBRIO [ ] MUERTO [ ]

POR SUS PROPIOS MEDIOS? SI [ ] NO [ ] OTRO [ ]

III. DATOS DE INGRESO

EGRESO — FECHA: DIA 13 MES 6 AÑO 17 — HORA: 13:30 AM [ ] PM [ ]

Diagnostico a la salida: Ocitocina 3.0 SRM
Diag. Relacionado 2: ECII

Diagnostico Relacionado 1: Otro parto al cuidado

Diag. Relacionado 2:

Diag. Relacionado 3:

DESTINO A LA SALIDA: Alto de Urgencias [ ] Remisión [ ] Hospitalización [ ] Voluntario [ ] Fuga [ ]

ESTADO: Vivo [ ] Muerto [ ]

Dias de incapacidad

Causa Básica de Muerte en Urgencias:

Murió: Antes de 48 Horas [ ] Se le Practico Autopsia [ ] Después de 48 Horas [ ]

EN CASO DE ACCIDENTE O VIOLENCIA — FECHA: DIA MES AÑO — HORA: AM [ ] PM [ ]

NOTIFICACIÓN: A FAMILIARES? SI [ ] NO [ ] — A LA POLICÍA? SI [ ] NO [ ]

CAUSA EXTERNA DE LA LESIÓN (CIE E 800)

LUGAR DE OCURRENCIA DEL HECHO

Daniela Castro Ortega — FIRMA USUARIO — CC. 1065180 59

Andie Loserno M — MÉDICO — FIRMA DEL RESPONSABLE

URGENCIAS CON OBSERVACION

Fecha ingreso [ ][ ] Día [ ][ ] Mes [ ][ ][ ][ ] Año Hora de ingreso [ ][ ] Hora [ ][ ] Minutos

CAUSA EXTERNA

[01] Accidente de trabajo
[02] Accidente de transito
[03] Accidente rábico
[04] Accidente ofídico
[05] Otro tipo de accidente
[06] Evento Catastrófico
[07] Lesión por Agresión
[08] Lesión auto infligida
[09] Sospecha Maltrato Físico
[10] Sospecha Abuso Sexual
[11] Sospecha Violencia Sexual
[12] Sospecha Maltrato Emocional
[13] Enfermedad general
[14] Enfermedad Profesional
[15] Otras

Código Diagnostico ingreso [ ][ ][ ][ ] Código Diagnostico relacionado Nº1 salida [ ][ ][ ][ ]

Código Diagnostico relacionado Nº 2 ingreso [ ][ ][ ][ ] Código Diagnostico relacionado Nº 3 salida [ ][ ][ ][ ]

Destino Usuario [ ] Alta de urgencias [2] Remisión otro nivel de complejidad [3] Hospitalización

Estado Salida [1] Vivo (a) [2] Muerto (a) Código Causa básica Muerte [ ][ ][ ][ ]

Fecha de salida [ ][ ] Día [ ][ ] Mes [ ][ ][ ][ ] Año Hora salida [ ][ ] Hora [ ][ ] Minutos

HOSPITALIZACION

Vía Ingreso [1] Urgencias [2] Consulta Externa [3] Remitido [4] Nacido en la Institución

Fecha Ingreso [ ][ ] Día [ ][ ] Mes [ ][ ][ ][ ] Año Hora de ingreso [ ][ ] Hora [ ][ ] Minutos

CAUSA EXTERNA

[01] Accidente de trabajo
[02] Accidente de transito
[03] Accidente rábico
[04] Accidente ofídico
[05] Otro tipo de accidente
[06] Evento Catastrófico
[07] Lesión por Agresión
[08] Lesión auto infligida
[09] Sospecha Maltrato Físico
[10] Sospecha Abuso Sexual
[11] Sospecha Violencia Sexual
[12] Sospecha Maltrato Emocional
[13] Enfermedad general
[14] Enfermedad Profesional
[15] Otras

Código Diagnostico principal ingreso [ ][ ][ ][ ] Código Diagnostico principal egreso [ ][ ][ ][ ]

Código Diagnostico relacionado Nº 1 ingreso [ ][ ][ ][ ] Código Diagnostico relacionado Nº 2 egreso [ ][ ][ ][ ]

Código Diagnostico relacionado Nº 2 ingreso [ ][ ][ ][ ] Código Diagnostico Complicación [ ][ ][ ][ ]

Estado Salida [1] Vivo (a) [2] Muerto (a) Código Causa básica Muerte [ ][ ][ ][ ]

Fecha de egreso [ ][ ] Día [ ][ ] Mes [ ][ ][ ][ ] Año Hora egreso [ ][ ] Hora [ ][ ] Minutos

RECIEN NACIDOS

Fecha De Nacimiento [ ][ ] Día [ ][ ] Mes [ ][ ][ ][ ] Año Hora ingreso [ ][ ] Hora [ ][ ] Minutos Edad de Gestación [ ][ ] Semanas

Control Prenatal [1] Si [2] No Sexo [M] Masculino [F] Femenino Peso_____ Gramos

Código Diagnostico del RN [ ][ ][ ][ ] Código Diagnostico Causa Básica Muerte [ ][ ][ ][ ]

Fecha de Muerte [ ][ ] Día [ ][ ] Mes [ ][ ][ ][ ] Año Hora Muerte [ ][ ] Hora [ ][ ] Minutos

MEDICAMENTOS

Código _____ Nombre Genético _____ Tipo [1] POS [2] No POS
Forma _____ Concentración _____ U. Medida _____ Nº Unidades _____

Código _____ Nombre Genético _____ Tipo [1] POS [2] No POS
Forma _____ Concentración _____ U. Medida _____ Nº Unidades _____

Código _____ Nombre Genético _____ Tipo [1] POS [2] No POS
Forma _____ Concentración _____ U. Medida _____ Nº Unidades _____

Código _____ Nombre Genético _____ Tipo [1] POS [2] No POS
Forma _____ Concentración _____ U. Medida _____ Nº Unidades _____

_____ Nombre y Codigo del Profesional

_____ Firma del Usuario

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
San Vicente del Caguán Caquetá
NIT. 891 190 011-4

SOLICITUD REMISIÓN DE PACIENTES

014159

A. IDENTIFICACIÓN DE INTITUCIONES

DE:	A:
E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL	II -III NIVEL

B. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRES	APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN O HC
DANIELA	CASTRO ORTEGA	1006518059

EDAD (AÑOS / MESES / DIAS)	SEXO	RESIDENCIA HABITUAL	FECHA DE NACIMIENTO
28	H [ ] M [X]		10/02/1989

PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE	TELEFONO	EPS
		ASMET SALUD

C. SOLICITUD DE ATENCIÓN

FECHA DE REMISION (DIA / MES / AÑO)	MEDICO QUE REMITE	SERVICIO AL QUE REMITE
13 / 6 / 17	ANGIE LASERNA	GINECOOBSTETRICIA

D. ORDENAMIENTO

1. Anamnesis y Examen Físico
2. Pruebas de exámenes
3. Diagnóstico
4. Tratamiento
5. Motivo de remisión
6. Firma del responsable

MOTIVO DE CONSULTA

"A MONITORIA"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMININA DE 28 AÑOS G2P1 CON GESTACION DE 39.0 SEMANAS POR ECO II TRIMESTRE Y DE 38.3 SEM POR FUR 17 SEP/016 QUIEN ASISTE HOY A CONTROL MONITOREO DURANTE EL CUAL NO ES POSIBLE AUSCULTAR FETOCARDIA, SE INTERROGA A PACIENTE QUIEN MANIFIESTA DOLRO TIPO CONTRACCION DE FORMA INTERMINTENTE IRRADIADO A REGION LUMBAR HACE DOS DIAS ADEMAS REFIERE AUSENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES DESDE EL DIA DE AYER SIN ACUDIR AL SERVCIO DE URGENCIAS NIEGA PERDIDAS VAGNALES NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO U TROS SINTOMAS POR LO QUE DECIDO REMITIR DE FORMA URGENTE PARA VALORACION POR ESPECIALISTA.

ANTECEDENTES

PATOLOGICOS NIEGA ALERGICOS NIEGA TOXICOS NIEGA QX NIEGA FAMILIARES NIEGA MENARQUIA 12 AÑOS FUR 17 DE SEPTIEMBRE 2016 G1P1 A0 V1 FUP 2004 CPN 8 PARACLINICOS 13/01/17 TOXOPLASMA IGG 13.5 IGM 1.96 PREVIO EN 21/11/16 TOXOPLASMA IGG 3.1 IGM 5. 0/12/16 RUBEOLA IGG2.45 IGM 3.0816/11/16 HGB 13.2 PLT 337000 GHEMOCLASIFICACION O POSITIVIO VDRL NR VIH NR GLICEMIA 78 13/03/17 VDRL NR VIH NR PTOG MARZO 21/17 73 MG 2 HORAS 107MG 5/6/17 HEMOGRAMA LEUC 5700 LINF 31.0% NEU 61.1 HGB 12.5 HCTO 37.7% PLT 215000 VDRL NR VIH NR ECOGRAFIAS NUMERO 1: 16/12/16 GESTACION DE 13.3 SEM FETO UNICO VIVO LONGITUDINAL VARIABLE PLACENTA POSTERIOR GRADO 0 ILANORMAL PFE 84 GR NUMERO 2 ECO DETALLE ANATOMICO DEL 01/04/17 GESTACION DE 29.0 SEMANAS BIENESTAR AL MOMENTO DEL EXAMEN FETO GRANDE PARA LA EDAD GESTACIONAL ESTUDIO LIMITADO POR

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
San Vicente del Caguán Caquetá
NIT. 891 195.017-8

SOLICITUD REMISIÓN DE PACIENTES

PRESENTACION PODALICO Y EG AVANZADA,ILA EN LIMITE SUPERIOR A LA NORMALIDAD 23CM , PLACENTA FUNDICA Y POSTERIOR GRADO II, ECO NUMERO 3 PBF 17/6/17 GESTACIÓN DE 36.2 SEMANAS FETOUNICO VIVO MACROSOMIA FETAL POLIHIDRAMNIOS MODERADO PLACENTA FUNDFICA GARDO III ILA 30.7 FCF 134 PBF 8/8

EXAMEN FISICO

ALERTA CONCIENTE ORIENTADA HIDRATADA AFEBRIL CON SV TA 110/70 FC 93 FR 20 SO2 98% AMBIENTE NORMOCEFALO MUCOSA ORAL HUMEDA C/P NORMAL SIN AGREGADOS PATOLOGICOS ABD GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO AU 36 CM FETYO UNICO FLOTANTE CEFALICO SIN FETOCARDIA AUDIBLE NO RESPONDE A ESTIMULOS TACTILES NI DE SONIDA VAGINA NT/NE CUELLO LARGO POSTERIOR CERRADO

PARACLINICOS

PENDIENTE HEMOGRAMA

DIAGNOSTICOS | **CIE10**

GESTACION DE 39.0 SEMANA POR ECO II Y DE 38.3 POR FUR
FETO FETAL A DESCARTAR
G1 P1 A0 V1
FUP 2004
CPN 8

TRATAMIENTO

O2 A 2 LPM POR CN
VO AL 5% PASAR BOLO 300 CC POSTERIOR BOLO 500CC LACTATO DE RENGER CONTINUAR 80 CC HORA
POSICION DECUBITO LATERAL IZQUIERDO SONDA VESICAL A CISTOFLO
REMISION A III NIVEL PARA VALORACION POR ESPECIALISTA REMSION MEDICALIZADA

Andrés Lasenna M.
C.C. 1.044.428.046
MEDICO

GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

TRATAMIENTOS

REGISTRO MEDICO
SIS - 415

HOJA No. _____

A - IDENTIFICACION

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	No. Historia Clínica
Castro	Cortez	Daniela	1006518059
Servicio	Sala o Cuarto	No. de cama	

B. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS

DIA MES AÑO	13-06-17											
Medicamentos Vías, Dosis e indicaciones	HORA DE ADMINISTRACION											
	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.
actito Ringer 500cc en		12+45										
bolo continua 80cc/h.		13+15										
DAD 5% 500cc passar		13:07										
200cc en bolo												
Sonda vesical a succión		12+50										
-VIH - VDRL		12+45										
EQUIPO MACROGOTEO H/												
EQUIPO MICROGOTEO Helmett												
BURETROL												
JERINGAS												

FIRMAS							
	1er TURNO	DDD					
	2do TURNO						
	3er TURNO						

125
129

GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
NIT. 891.190.011-8

HOJAS DE GASTOS HOSPITALARIOS Y/O URGENCIAS

NOMBRE Daniela Castro Cortes H. CLÍNICA 1006518059

FECHA DE INGRESO 13-06-17 FECHA DE EGRESO 13-VI-2017 CAMA

DIAGNOSTICO ASEGURADORA Als

DETALLE	CANTIDAD DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3	TOTAL
CONSULTA URGENCIAS	1			
SALA DE OBSERVACIÓN				
LABORATORIO				
CH	1			
HEMOCLASIFICACIÓN				
UROANALISIS				
R. PLAQUETAS				
SEROLOGIA	1			
HEMOPARASITOS G.G.				
GLICEMIA				
PERFIL LIPIDICOS				
CREATININAS				
NITRÓGENO UREICO				
BILIRUBINAS				
GRAVINDEX				
COPROLOGICO				
PTPTT HLH	1			
F.E.V				
IMAGENOLOGIA				
RX DE:				
ECOGRAFÍA				
INSUMOS				
EQUIPO MACRO/MICRO	1			
BURETROL				
VENOCTH	1			
JERINGAS 3CC-5CC-10CC				
SONDAS FOLEY	1			
SONDAS NELATON				
SONDAS NASOGASTRICA				
VENDAJES YESO				
VENDAJES ELÁSTICO				
KIT NEBULIZACIÓN				
CÁNULA NASAL				
LACTATO DE RINGER	2			
HARMAN X 500 C.C.				
DAD AL 5% X 500 C.C.	1			
SEN. X 500 C.C.				
OXIGENO POR HORA				
SUTURA				

DETALLE	CANTIDAD
DÍAS ESTANCIA	
VALORACIÓN INICIAL INTRAH.	
VALORACIÓN RECIÉN NACIDO	
VALORACIÓN MÉDICA DIARIA.	
PROCEDIMIENTOS	
ATENCIÓN PARTO	
SUTURA (ESPECIFICAR LUGAR Y NÚMEROS DE PUNTOS)	
DERECHO SALA SUTURA	
CURACIONES	
DRENAJE ABSCESO	
MICRONEBULIZACIONES	
INMOVILIZACIÓN CON FÉRULA	
QUEMADURAS 1o Y 2o CON MENOS DEL 20%	
REANIMACIÓN	
DESBRIDAMIENTO SIN ANESTESIA	
EXTRACCIÓN CUERPO EXT. OJO	
PROCEDIMIENTOS DE II NIVEL QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN SI NO ES URGENCIA	
CATETERISMO VESICAL	1
TERAPIAS RESPIRATORIAS	
UNISECTOMIAS	
LAVADO OÍDO	
ELECTROCARDIOGRAMA	
LAVADO GÁSTRICO	
MONITOREO FETAL	
OXIMETRIAS	
OTROS PROCEDIMIENTOS	
costo fb	1
Servicio ambulancia	1

RESPONSABLE [illegible]

726

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

NUMERO ATENCION 0000 Fecha 2017-06-13 10:30

INFORMACION DEL PRESTADOR

NOMBRE: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL — NIT [X] CC [ ] 891190011-6 Número DV

Código 185753000160 1 Dirección prestador: CALLE 5 N. 3-39 CENTRO

Teléfono: 0984441011 indicativo número

Departamento: CAQUETA 18 Municipio: SAN VICENTE 185

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

CASTRO	ORTEGA	DANELA	
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de Identificacion
- [ ] Registro Civil
- [ ] Tarjeta de identidad
- [X] Cédula de ciudadanía
- [ ] Cédula de extranjería
- [ ] Pasaporte
- [ ] Adulto sin identificación
- [ ] Menor sin identificación

1000651805 9 — Número documento de identificación

Fecha de Nacimiento: AÑO 1988 - MES 02 - DIA 12

Dirección de Residencia Habitual: VEREDA MIRAVALLE — TELEF. 321

Departamento: CAQUETA 18 Municipio: SAN VICENTE DEL CAGUAN 185

Ruralidad en salud
- [ ] Regimen Contributivo
- [X] Regimen Subsidiado - parcial
- [ ] Regimen Subsidiado - total
- [ ] Población pobre no asegurada con SISBEN
- [ ] Población Pobre no asegurada sin SISBEN
- [ ] Desplazado
- [ ] Plan adicional de salud
- [ ] Ninguno

INFORMACION DE LA ATENCION

Origen de la atención
- [X] Enfermedad General
- [ ] Enfermedad Profesional
- [ ] Accidente de trabajo
- [ ] Accidente de tránsito
- [ ] Evento Catastrófico

Clasificación Triage
- [ ] 1. Rojo
- [X] 2. Amarillo
- [ ] 3. Verde

Ingreso a Urgencias

Fecha: 2017-06-13 12:30 Paciente Viene Remitido [ ] Si [X] No

Institución prestadora de servicios de salud que remite: Código

Departamento: CAQUETA 18 Municipio: SAN VICENTE DEL CAGUAN 185

PACIENTE FEMENINA DE 28 AÑOS G2P1A0V1 CON GESTACION DE 39.0 SEMANAS POR ECO II TRIMESTRES Y DE 38.3 SEMANAS POR FUR NO CONFIABLE DEL 17 SEPTIEMBRE DE 2016, QUIEN ASISTE HOY A MONITOREO FETAL.

Impresión Diagnóstica

	Código CIE10	Descripción
Diagnóstico principal		DX: GESTACION DE 39.0 SEM X ECO II Y 38.3 SEM FUR NO CONFIALBE.
Diagnóstico relacionado 1		
Diagnóstico relacionado 2		
Diagnóstico relacionado 3		

Destino del Paciente
- [ ] Domicilio
- [ ] Observación
- [ ] Internación
- [X] Remisión
- [ ] Contraremisión
- [ ] Otro

INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA

ANGELA SERNA MORENO — Teléfono 0984441011 extensión 327 (indicativo, número, extensión)

Cargo o actividad: MEDICO SSO — Teléfono celular:

MPS-ATS 15.0 2008-07-11

727.
12

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD [ ] Fecha: 2017-06-13 Hora: 13:30

INFORMACION DEL PRESTADOR (solicitante)

Nombre: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL — NIT: 891190071-8 DV

Código: 187530001 6 — Dirección prestador: CALLE 5 N. 2-36

Teléfono: 0984644101 (indicativo / número) — Departamento: CAQUETA 18 — Municipio: SAN VICENTE DEL CAGUAN 753

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

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
CASTRO	ORTEGA	DANIELA	

Tipo Documento de Identificación:
- [ ] Registro Civil
- [ ] Tarjeta de identidad
- [X] Cédula de ciudadanía
- [ ] Cédula de extranjería
- [ ] Pasaporte
- [ ] Adulto sin identificación
- [ ] Menor sin identificación

Número documento de identificación: 1000518059

Fecha de Nacimiento: 1989-02-12

Dirección de Residencia Habit: — TELEF.

Departamento: CAQUETA 18 — Municipio: SAN VICENTE DEL CAGUAN 752

Teléfono celular: — Correo electrónico:

Cobertura en salud:
- [ ] Regimen Contributivo
- [X] Regimen Subsidiado - total
- [ ] Regimen Subsidiado - parcial
- [ ] Población pobre No asegurada con SISBEN
- [ ] Población Pobre no asegurada sin SISBEN
- [ ] Desplazado
- [ ] PLAN ADIC SALUD
- [ ] Otra

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención:
- [X] Enfermedad General
- [ ] Enfermedad Profesional
- [ ] Accidente de trabajo Evento Catas...
- [ ] Accidente de tránsito

Tipo de servicios solicitados:
- [ ] Posterior a la atenc. inic. de urge.
- [ ] Servicios electivos

Prioridad de la atención:
- [X] Prioritaria
- [ ] No prioritaria

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:
- [ ] Consulta Externa
- [X] Urgencias
- [ ] Hospitalizació Servicio: REMISION — Cama:

Manejo Integral según Guía de:

	Código CUPS	Cantidad	Descripción
1			AUTORIZACION DE REMISION.
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

Justificación Clínica:

PACIENTE FEMENINA DE 28 AÑOS G2P1ADV1 CON GESTACION DE 39.0 SEMANAS POR ECO II TRIMESTRES Y DE 38.3 SEM FUR NO CONFIALBE. CONFIABLE DEL 17 SEPTIEMBRE DE 2016, QUIEN ASISTE HOY A MONITOREO FETAL.

Impresión Diagnóstica	Código CIE10	Descripción
Diagnóstico principal		DX: GESTACION DE 39.0 SEM X ECO II Y 38.3 SEM FUR NO CONFIALBE
Diagnóstico relacionado 1		
Diagnóstico relacionado 2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita: ANGIE LASERNA MORENO. — Teléfono: 0984644101 EXTE 227 (indicativo / número / extensión)

Cargo: MEDICO SSO — Teléfono celular:

MPS-SIS-F-06-2008-07-31

Caja Urgencias HSR <cajaurgencias@hospitalsanrafael.gov.co>

ANEXOS DE DANIELA CASTRO ORTEGA

1 mensaje

Caja Urgencias HSR <cajaurgencias@hospitalsanrafael.gov.co> 13 de junio de 2017, 14:43
Para: Autoriza Nacional <autoriza.nacional@asmetsalud.org.co>, autoriza.caqueta@asmetsalud.org.co

ANEXO 2-3 DANIELA CASTRO ORTEGA.xlsx
52K

Departamento: Nacional

Estado: **ACTIVO**

Nombres y Apellidos:	DANIELA CASTRO ORTEGA
Regimen Afiliacion:	SUBSIDIADO
IPS de Atencion:	CLINICA DEL YARI LTDA
Telefono IPS de Atencion:	4644293
Nivel Sisben:	1
Fecha Afiliación EPS-S:	04/10/1996
Municipio:	SAN VICENTE DEL CAGUAN
Departamento:	CAQUETA

Reporte No. :	41303178
IP Remote :	190.68.234.66
Fecha de Generación:	13/06/2017
Hora de Generación	12:29:25 PM
Identificacion	1006518059

130

CODIGO:F-SGC-8A-0101	GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL NIT. 891.190.011-8	
FECHA DE APROBACIÓN: 17 DE OCTUBRE DE 2006		
VERSIÓN: 002/2013	**BITÁCORA DE AMBULANCIA**	

FECHA: (Dia/mes/año)	MOVIL	PLACAS	NOMBRE DEL CONDUCTO
13-6-17		OLM 068	miguel muñoz

NOMBRE DE LA AUXILIAR: Jare cud + +	NOMBRE DEL MEDICO QUE REMITE: Dr Lasera
ENTIDAD QUE SOLICITA EL SERVICIO: ESE HSR	NOMBRE DEL MEDICO QUE TRASLADA: Dr cabrera
ORIGEN: SUC	(Formato a 24 horas) HORA DE SALIDA: 2+11.
DESTINO: Florencia.	HORA DE LLEGADA: 4+27.

NOMBRE DEL USUARIO:	TIPO Y No. DEL DOCUMENTO	EDAD:	SEXO:
Daniela castro ortega	1006518059	28	f

EPS O ASEGURADORA:	DIRECCIÓN	TELÉFONO:	No. HISTORIA CLINICA
A/S	B/el triunfo	3125515906	

MOTIVO DE LA ATENCIÓN	DIAGNOSTICO:
	gestación de 39.0 semanas x eco11 de 38.3 por fur + obito fetal a descartar + G2 P1 A0

SE ESTABILIZO EN EL SITIO:	ACOMPAÑANTE	NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE Y PARENTESCO:
SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☒	

ESTADO DEL PACIENTE ANTES DEL TRASLADO (INCLUIR ANTECEDENTES, TRATAMIENTOS Y/O MANEJO REALIZADO)

CONCIENTE: SI NO T° 36 °C TA: / FC: X° FR: - X° Sat O2: %

GLASGOW: PESO: KG

TRATAMIENTO, DOSIS VIA MEDICAMENTO	EVOLUCIÓN DEL PACIENTE
Paciente que ingresa sin feticonvulsa + obito fetal	

QUIEN ENTREGA:	QUIEN RECIBE:
NOMBRE:	NOMBRE: Geovanny Ahumada MEDICO GENERAL U. Libre - T.P. 8449-05
FIRMA:	FIRMA:
CARGO:	CARGO:

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL:

CÓDIGO: F-SGC-000-	GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL** NIT. 891.190.011-8 **ATENCIÓN GENERAL**	
FECHA DE APROBACIÓN:		
VERSIÓN:		

A - IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
Castro	ortega	Daniela	

EDAD (AÑOS MESES DÍAS)	SEXO	SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA
28	H ☐ M ☒	pensión		

13-06-17.
Recibo paciente femenina de 28 años de edad G2P1V1 con Dx de embarazo de 38 3 sem x FUR y 39 sm x ECO II, óbito a descarte, paciente con Pr: FC89 FR18 TA 120/80 STO2 98%, no se encuentra taquicardia, disnea. viaja paciente estable, alerta estado general, no síntomas de vasoespasmo, no síntomas urinarios, no pérdidas vaginales, no movimientos fetales, paciente en decúbito lateral izquierdo durante todo el trayecto, cifras tensionales dentro de límites normales, sonda vesical directa a citoplo, gasto orina de 1.5cc/k/hr. se entrega paciente a clínica Meridiano a las 04:27 se recibe paciente por ginecólogo de Turno, se pasa paciente a ecografía donde se verifica óbito fetal, Paciente estable, en adecuado estado general, con SV: FC80 FR=18 TA 120/80. STO 98%.

Margarita Cabrera Correa
1136884592. SSO2418

FECHA DÍA	MES	AÑO	DETALLE
16	08	17	MC: Planificación familiar
	11:40	Am	EA: Usuaria de 28 años de edad quien consulta
			x 1° vez tiene deseo de iniciar planificación
			APF(-) APP(-) tox/Aler (-) QX: (cesarea) GIO: G2P1C0V1
			Menarca: 12 años I.V.S: 14 años #C.S: 0 ITS (-) FUR: 11-08-17
			Sv: TA: 100/60 mmHg Peso: 57kg talla: 150cm IMC: 25.3
			fc: 82x' FR: 18x' T: 36.7°C SPO2: 98% Ausb.
			Examen físico sin alteración aparente.
			IDX: - planificación familiar
			- Amenorrea ant. - Óbito fetal.
			Plan: Ssl Growindex. Ssl iny. Mensual Aplicar
			1 Amp IM c/mes previo RI negativo de growindex
			Se da a conocer mecanismo de acción, ventajas y
			desventajas, Educación sobre autoexamen
			de mamas, ITS, uso del preservativo
			Recomendaciones grales y Signos de alarma

Sandra De La Cruz
Enfermera Jefe
REPRO 6258
Universidad del Hispanoamericana

132

EL PRESENTE FORMULARIO SE SUMINISTRA GRATUITAMENTE, EL COSTO DE IMPRESION HA SIDO ASUMIDO POR EL DANE Y POR LO TANTO ESTA PROHIBIDA SU VENTA

DANE

LICENCIA DE INHUMACION

DISTRIBUCION GRATUITA, PROHIBIDA SU VENTA

No. 00477/2017

FECHA DE EXPEDICION: Año ___ Mes ___ Día ___

LUGAR DE EXPEDICION
Departamento: Caqueta
Municipio: Florencia
Inspección, corregimiento o caserío:

NOMBRE DEL SOLICITANTE
Apellido(s) y nombre(s):

NOMBRE DEL FALLECIDO
Primer apellido: Castro
Segundo apellido: Ortega
Nombre(s): hijo de Doña

SEXO: Masculino 1 [X] Femenino 2 [ ] Ignorado 3 [ ]

FECHA DE FALLECIMIENTO: Año 17 Mes 06 Día 13

PROBABLE MANERA DE MUERTE: 1 [X] Natural 2 [ ] Violenta (Med. Leg.) 3 [ ] En estudio (sólo Medicina Legal)

SEGUN CERTIFICADO DE DEFUNCION No. 7160052 0-5

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 1 [ ] T.I. 2 [X] C.C. 3 [ ] C.E. 4 [ ] Pasaporte 5 [ ] N.I.P. 9 [ ] Sin información
No. 1006511805 91

EDAD
1 Menor de un día (horas) 00 (00-23)
2 Menor de un mes (días) 1 (01-29)
3 Menor de 2 años (meses) 1 (01-23)
4 De 2 o más años (años cumplidos) 1

SE CONCEDIO PERMISO PARA INHUMAR EL CADAVER EN: Cementerio Local San Vicente del Caguan

FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EXPIDE LA LICENCIA
Apellido(s) y nombre(s): Mallerly González Arias
Secretaria de Salud Municipal
Alcaldía de Florencia
Firma y documento de identificación

LEY 66 DE 1916 EL ADMINISTRADOR DEL CEMENTERIO NO PERMITIRA LA INHUMACION DE CADAVERES SIN ESTA LICENCIA QUE DEBERA CONSERVARSE CUIDADOSAMENTE EN EL ARCHIVO DE LA ADMINISTRACION DEL CEMENTERIO

ORIGINAL — OFICINA EXPEDIDORA — COPIA — ADMINISTRACION DEL CEMENTERIO

Impreso en la Division de Ediciones del DANE

República de Colombia
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

DANE — MINSALUD

CONFIDENCIAL
Los datos que el DANE solicita en este formulario son estrictamente confidenciales, están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Artículo 5.º.

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: **71600520 - 5**

(Consulte instrucciones al respaldo)

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
Departamento: Caqueta
Municipio: Florencia

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
- [x] Cabecera municipal
- [ ] Centro poblado _____ Inspección, corregimiento o caserío
- [ ] Rural disperso

TIPO DE DEFUNCIÓN
- [x] Fetal
- [ ] No fetal

FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
2017 Año
06 Mes
13 Día

HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
Hora: ___ Minutos: ___
- [x] Sin establecer

SEXO DEL FALLECIDO
- [ ] Masculino
- [ ] Femenino
- [ ] Indeterminado

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL CÓMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)
Primer apellido: Castro
Segundo apellido: Ortega
Primer nombre: Hijo de Daniela
Segundo nombre:

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO
- [ ] Registro civil
- [ ] Tarjeta de identidad
- [ ] Cédula de ciudadanía
- [ ] Cédula de extranjería
- [ ] Pasaporte
- [ ] Sin información

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)
1.006.518.059.

PROBABLE MANERA DE MUERTE
- [x] Natural
- [ ] Violenta
- [ ] En estudio

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Primer apellido: Silva
Segundo apellido: Ramirez
Primer nombre: Harold
Segundo nombre:

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
- [x] Cédula de ciudadanía
- [ ] Pasaporte
- [ ] Cédula de extranjería

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)
7632809

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
- [x] Médico
- [ ] Enfermero(a)
- [ ] Auxiliar de enfermería
- [ ] Promotor(a) de salud

REGISTRO PROFESIONAL
16005/03

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO
Departamento: Caqueta
Municipio: Florencia
2017 Año 06 Mes 13 Día

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

133

CLINICA MEDILASER S.A.

NIT: 813001952-0

REPORTE DE EPICRISIS

Ingreso: 2009071 **Fecha de Impresión:** viernes, 17 de mayo de 2019 3:47 p. m.

Identificación: 1006518059 **Nombres:** DANIELA **Apellidos:** CASTRO ORTEGA

DATOS BASICOS

Fecha Ingreso: 13/06/2017 5:22:18 p. m.
Servicio Ingreso: GINECO OBSTETRICIA FLORENCIA
Causa del Ingreso: Maternidad
Apellidos: CASTRO ORTEGA
Nombres: DANIELA
Dirección: barrio la victoria - SAN VICENTE DEL CAGUAN - FLORENCIA
Telefono: 3125515906 -
Entidad Responsable: ASMETSALUD ESS ARS
Profesión: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Fecha Nacimiento: 12/02/1989 12:00:00 a. m.

Fecha Egreso: 15/06/2017 8:58:04 a. m.
Servicio Egreso: HOSPITALIZACION GENERAL FLORENCIA
Tipo Documento: CC **Numero:** 1006518059
Edad: 28 Años 04 Meses 01 Dias (12/02/1989)
Sexo: FEMENINO
Tipo Paciente: SUBSIDIADO
Tipo Afiliado: NO APLICA
Estado Civil: CASADA
Grupo Etnico: NINGUNO
Seguridad Social: ASMETSALUD ESS ARS

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

Codigo CIE10 O364

Diagnostico ATENCION MATERNA POR MUERTE INTRAUTERINA

CONDICIONES DEL PACIENTE A LA FINALIZACION

15/06/2017 8:58:33 a. m. EVOLUCION DE G/O - J. BOHORQUEZ

PACIENTE DE 28 AÑOS CON DX DE:
1. POP DE CESAREA DIA 2 POR SOSPECHA DE MACROSOMIA FETAL + OBITO FETAL + ALTO RIESGO DE PARTO DISTOCICO
2. RECIEN NACIDO VIVO

PACIENTE EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE BIEN NIEGA DIFICULTAD RESPIRATORIA, LEVE DOLOR A NIVEL DE HERIDA QUIRUGICA, LACTANCIA MATERNA (-), NIEGA SINOTMAS DE VASOESPAMSO, TOLERANDO LA VIA ORAL DIURESIS (+), DEPOSICIONES NEGATIVAS.

O/ PACIENTE ALERTA HIDRATADA AFEBRIL NO DIFICULTAD RESPIRATORIA
TA: 102/60 FC: 72XMIN FR: 16XMIN
CC- MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO NORMAL
CP- RSCS RITMICOS SIN SOPLOS RSRS CONSERVADOS SIN AGREGADOS
MAMAS- SECRETANTES NO CONGESTIVAS
ABDOMEN- BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO A LA PALPACION EN HIPOGASTRIO HERIDA QUIRUGICA EN BUEN ESTADO SIN SIGNOS DE INFECCION NI SANGRADO, UTERO INVOLUCIONADO TONICO INFRAUMBILICAL.
GU- GENITALES EXTERNOS NORMALES NO SE REALIZA TACTO VAGINAL LOQUIO SEROHEMATICOS NO FETIDOS
EXT- NORMALES
NEU- SIN DEFICIT

ANALISIS/ PACIENTE EN POP DE CESAREA DIA 2 POR SOSPECHA DE MACROSOMIA FETAL + OBITO FETAL + ALTO RIESGO DE PARTO DISTOCICO, ACTUALMENTE CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA SIN SIRS, BUEN CONTROL DEL DOLOR, ADECUADA TOLERANCIA A LA VIA ORAL, NO SINTOMAS DE VASOESPAMSO, UTERO ADECUADAMENTE INVOLUCIONADO CON LOQUIOS SEROHEMATICOS NO FETIDOS, YA FUE VALORADA POR SICOLOGIA QUEIN DA ASEOSIA Y MANEJO DEL DUEL, DADA ADECUADA EVOLUCION SE CONSIDERA DAR SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES SIGNOS DE ALARMA CONTROL POR CONUSLTA EXTERNA, SE EXPLICA CLARAMENTE RECOMENDACIONES DE PURICULTURA, FORMULA DE ANALGESICO.
SE EXPLICA A LA PACIENTE CONSUCTA A SEGUIR QUIEN ENRIENDE Y ACEPTA.

Profesional: JULIE NATALY BOHORQUEZ ROMERO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DATOS DE INGRESO

Profesional: JULIE NATALY BOHORQUEZ ROMERO
Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Tarjeta Prof. # ESP1036

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: REMITIDA DE HOSPITAL SAN VICENTE, AMBULACIA MEDICALIZADA

Enfermedad Actual: PACIENTE DE 28 AÑOS CON EMBARAZO DE 39 SEMANAS POR ECO DE I TRIM QUE INGRESA REMITIDA DE SAN VICENTE POR SOSPECHA DE OBITO FETAL, PACIENTE CONSULTA A CENTRO DE SALUD PARA TOMA DE MONITORIA FETAL LA CUAL NO SE LOGRA TOMAR PUES NO SE PERCIBE FCF, PACINETE REFEIRE QUE NO SENTIA MOVER AL BEBE DESDE EL DIA DE AYER, NIEGA SANGRADO NIEGA AMNIORREA, NIEGA OTROS SITOMAS, ANTE LO ANTERIOR REMITEN.

CPN NO. 8
HEMOCL. O POSITIVO

TRAE ECOGRAFIA
1. 16/12: EMBARAZO DE 13 SEMANAS HOY 39 SEMANAS
2. 01/04: EMBARAZO DE 29 SEMANAS HOY 39.3 SEMANAS FETO GRANDE PARA LA EDAD GESTACIONAL
3. 17/05: EMBARAZO DE 36.2 SEMANAS HOY 39.5 SEMANAS PEF DE 3125 GR POLIDRAMNIOS FETAL MACROSOMIA FETAL

PARACLINICOS. 16/11. CH NORMAL HB DE 13.2 GR O POSITIVO GLICMIEA NORML SEROLOGIA NO RECTAIUVA PO NORMA 21/11. VIH NEGATIVO ASGHB NEGATIVO TOX IGG NEGATIVO TOX IGM NEGATIVO 06/12. RUB IGG NEGATIVO IGM NGATIVO 06/12. POSITIVO E FAECALIS REICBIO TRATAMIETNO 13/01. TOX IGG POITIVO TOX IGM NEGATIVO 21/03: O/ ULLIVAN ORMAL SEROLOGIA NO RECTAUIVA VIH NEGATIVO PO NORMAL PO NORMAL FVV 05/06 CH NORMAL HB DE 12.5 GR SEROLOGIA NO RECTAIVA VIH NEGATIVO

ANTECEDENTES: PAT (-) QX (-) TRANF (-) ALERGICA (-) TOX (-) TX (-) GO: M 12 AÑOS CICLOS IRREFULTA X3 FUR. 17/09/2017 G2P1V1 IRS. 14 AÑOS CS. 2 PLANIFICACION FAMILIAR NIEGA CCV. HACE MENSO DE UN AÑO REFIERE RESULTADO NORMAL PSICOSOCIALES: CASADA UNION ESTABLE, CASA PROPIA EN EL BARRIO EL TRIUNFO EN SAN VICETE TEL.3125515906 CUENTA CON SERVICIO PUBLICOS, GESTACION PLANEADO Y DESEADA, BUENA ACTITUD FRENTE A SU GESTACION ACTUAL CON LABIIDAD EMOCOCIONAL FAM: NIEGA

RXS: NIEGA

ANTECEDENTES GENERALES

Medicos: -- No Refiere --
Quirurgicos: -- No Refiere --
transfusionales: -- No Refiere --
Inmunologicos: -- No Refiere --
Alergicos: -- No Refiere --
Traumaticos: -- No Refiere --
Psicologicos: -- No Refiere --
Farmacologicos: -- No Refiere --
Familiares: -- No Refiere --
Toxicos: -- No Refiere --
Otros: -- No Refiere --

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

Menarquia (Años): -- No Refiere --
Ciclos (dias) Cada: -- No Refiere --
Duración Menstruación (dias): -- No Refiere --
Ciclo Regular: -- No Refiere --
Edad Inicio de Vida Sexual (Años): -- No Refiere --
Número de Gestaciones: -- No Refiere --
Número de Cesarias -- No Refiere --
Número de Abortos: -- No Refiere --

Número de Hijos Vivos: -- No Refiere --
Número de Embarazos Etopicos: -- No Refiere --
Número de Partos: -- No Refiere --
Número de Mortinatos: -- No Refiere --
Fecha de Última Menstruación: -- No Refiere --
Fecha de Última Citología: -- No Refiere --
Fecha de Último Parto: -- No Refiere --
Descripción Planificación: -- No Refiere --

REVISION POR SISTEMAS

NIEGA

Profesional: JULIE NATALY BOHORQUEZ ROMERO
Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Tarjeta Prof. # ESP1036

OBJETIVO - EXAMEN FISICO

TA: 133/81 mmHg TAM: 98,33 mmHg FC: 78 lpm FR: 16 rpm T: 36.5 °C SO2: 98% PESO: 70 KG TALLA: 160 CM
IMC: 27,34 Kg/m²

N: Normal, AN: Anormal

Cabeza: ☑N ☐AN

Ojos: ☑N ☐AN

ORL: ☑N ☐AN

Cuello: ☑N ☐AN

Torax: ☑N ☐AN

Abdomen: ☑N ☐AN UTERO GRAVIOD FETO LOGITUCINAL CEFACLIO DORSO IZQUIERDO FCF AUSENTE NO MOV FETALES, BARRIECO ECOGRAFICO FETO MUERTO SE MUETSRA A LA MADRE AU DE 37CM

Genitourinario: ☑N ☐AN GENITALES EXTERNOS ORMALES TACTO VAGINAL VAGINA NTNE CUELLO POSTERIO CERRAO LARGO NO SANGRADO

Extremidades: ☑N ☐AN

Neurologica: ☑N ☐AN

Piel: ☑N ☐AN

Observaciones:
PACIENTE ALERTA HIDRATADA AFEBRIL NO DIFICUTAD RESPIRATORIA GLUCOMATRIA 85MG/DL

ANALISIS

13/06/2017 5:38:06 p. m. PACIENTE DE 28 AÑOS CON DX DE:
1. PREPARTO
2. EMBARAZO DE 39 SEM POR ECO DE I TRIM
3. FETO MUERTO - OBITO FTAL
4. G2P1V1
5. POLIHIDRAMNIOS
6. MACROSOMIA FETAL

PACIENTE QUE INGRESA POR SOSPECHA DE OBIT FETAL ACTUALMENTE CON EMBARAZO A TERNMINO QUIEN INGRESA Y SE CONFIRMA DIANGOXTICO DE MUERTE FETL IN UTERO AHORA CON ESTABILIDAD HEMODINAMCIA SIN SIRS, AHIORA CO PEF SOBRE LOS 4300 GR APORX, CONSIDERO QUE EXISTE UN RIESGO PARA LA MADRE GENERARLE UNA INDUCCION CON UN FETO DE PESO ESTAIMADO FETAL TA ALTO POR LO ANTERIOR CONSIDERO LLEVAR A TERMINACION DEL EMBARAZO POR VIA ALTA, SE SOLICTA TAMBIEN VALORACION POR SICOLOGIA, EXPLICO ALA PACIENTE CONDUCTA A SEGURI QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA CONDUCTA.

PLAN//
PREPARAR PARA CESAREA
NVO
LEV 1000CC AHORA CONTINURA A 80CC/HR
DECUBITO LATERAL ZIQUIERDO
CSV AC
SS// CH SEROLGOA PT PTT FIBRINOGENO

Profesional: JULIE NATALY BOHORQUEZ ROMERO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RESUMEN DE EVOLUCIONES

1. 1. GINECO OBSTETRICIA FLORENCIA

- **13/06/2017 5:41:26 p. m.** SE SOICYTA ECO

Profesional: JULIE NATALY BOHORQUEZ ROMERO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

2. 2. QUIROFANO FLORENCIA

Profesional: JULIE NATALY BOHORQUEZ ROMERO
Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Tarjeta Prof. # ESP1036

● 13/06/2017 9:55:46 p. m. NOTA OPERATORIA DR SILVA G/O.

DX: 1. OBITO FETAL, 2. MACROSOMIA FETAL, 3. POLIHIDRAMNIOS.
CIRUGIA: CESAREA
HALLAZGOS: RN MASCULINO, OBITADO, SIN CAMBIOS EN PIEL, SIN MALFORMACIONES ESTRUCTURALES EXTERNA EVIDENTES.
PESO: 3520 GR LIQUIDO AMNIOTICO:ABUNDANTE CLARO, NO NUDOS DEL CORDON.
PLACENTA NORMOINSERTA. ANEXOS:NORMALES.
NO COMPLICACIONES.

PLAN:
NADA VIA ORAL
LEV DE MANTENIMIENTO ASI:
OXITOCINA 20 UI EN 500 CC DE SSN A 83 CC HORA POR 6 HORAS.
LUEGO SSN 0.9% A 100 CC HORA.
VIGILAR SANGRADO VAGINAL
SONDA VESICAL A DRENAJE
SE ENVIA PLACENTA A PATOLOGIA.
CONTROL DE SV E IC.

Tipo Estancia: GENERAL
Profesional: HAROLD ENRIQUE SILVA MENESES GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

3. 3. HOSPITALIZACION VIP FLORENCIA

● 14/06/2017 2:00:33 a. m. Paciente que ingresa de salas de cirugía.
impresiones diagnósticas
POP inmediato de Cesárea
Obito fetal

Refiere dolor en sitio quirúrgico, sin disternias sin emesis en reposo de la via oral.
No inestabilidad hemodinámica no SDRA o SIRS clínicos

EF: TA 117/68mmHg FC: 82lpm FR: 19rpm SATO2 100% ambiente
Snc glasgow 15/15 pupilas isocoricas reactivas a la luz sin focalizaciones neuro-motoras. Labilidad emocional, llanto fácil
Ccc mucosas orales húmedas cuello móvil sin adenopatía
Tórax simétrico rscs rítmicos sin soplo sincrónicos con pulsos periféricos. Pulmones con murmullo vesicular conservados sin agregados patológicos.
Abdomen globoso por bolo de pinar lateral derecho, herida quirúrgica cubierta con apósitos limpios.
Peristalsis normal blando depresible no masas no signos de irritación peritoneal
G/U loquios hemático, no fetidos, diuresis por sonda vesical orina clara.
Extremidades arcos de movilidad conservados ,sin lesiones

Paciente en condición clínica estable con tolerancia a procedimiento quirúrgicos en reposo de la vía oral el cual se indica inicio del mismo, no inestabilidad hemodinámica no SDRA o SIRS clínicos.
Se solicita valoración por el servicio de Psicología para acompañamiento del duelo.
Por el momento se hará vigilancia cifras tensionales con toma cada 15min por 2 horas, vigilancia de bolo de pinar y sangrado vaginal.
Explico signos de alarma a familiares de paciente y paciente, comprende entiende y acepta.
Seguimiento por Gineco/Obstetricia

Tipo Estancia: GENERAL
Profesional: LUIS ALFONSO RAMIREZ BLANCO MEDICINA GENERAL

● 14/06/2017 9:00:44 a. m. EVOLUCION G/O DRA JULIE- EDNA MUÑOZ

PACIENTE DE 28 AÑOS CON DX:

POP CESAREA POR OBITO FETAL+MACROSOMIA+POLIHIDRAMNIOS

S// PACIENTE REFIERE BUEN ESTADO GENERAL, TOLERA VIA ORAL, DIURESIS POSITIVA POR SONDA VESICAL

O// ALERTA HIDRATADA TA: 110/70 FC: 78 FR: 20 C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS, NO SOBREAGREGADOS, NO TIRAJES, ABDOMEN BLANDO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, HERIDA QUIRURGICA LIMPIA, NO SIGNOS DE INFECCION, G/U TV: SE OMITE, LOQUIOS ESCASOS, NO FETIDOS, EXTREMIDADES EUTROFICAS, NO EDEMAS SNC: NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO.

A// PACIENTE EN POP CESAREA POR OBITO FETAL+MACROSOMIA FETAL, ESTABLE

Profesional: JULIE NATALY BOHORQUEZ ROMERO
Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Tarjeta Prof. # ESP1036

HEMODINAMICAMENTE, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOLERA VIA ORAL, NO FIEBRE, NO TAQUICARDIA, NO HEMORRAGIA ACTIVA, NO DETERIORO CLINICO NO NEUROLOGICO, CON EVOLUCION SATISFACTORIA, NORMOTENSA, NO SINTOMAS DE VASOESPASMO.

P// RETIRO DE SONDA VESICAL
SUSPENDER LEV
TAPON HEPARINIZADO
VIGILANCIA DE SANGRADO Y TONO UTERINO

Tipo Estancia: GENERAL
Profesional: JULIE NATALY BOHORQUEZ ROMERO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RESUMEN SERVICIOS DE APOYO

HOSPITALIZACION VIP FLORENCIA

- **14/06/2017 11:44:36 a. m.** PSICOLOGIA:
Paciente de género femenino de 28 años, con diagnósticos anotados en historia clínica, ubicada en el área de Hospitalización vip de la institución, durante el abordaje el paciente se encuentra en compañía de Karen Julieth Tovar de 12 años de edad quien refiere ser su hija.

Al examen mental la paciente se encuentra consiente, alerta, orientada en persona y espacio, orientada en tiempo, contacto visual, niega alteraciones a nivel de sensopercepcion, niega cambios en su conducta alimentaria habitual y en ciclo sueño – vigilia.

Paciente refiere vivir con su esposo el señor Dinael Tovar de 32 años y su hija en el Municipio de San Vicente del Caguan Caquetá. Se brinda Espacio para la expresión emocional La paciente manifiesta "mucho dolor de tristeza ante la pérdida del bebe ya que fue muy anhelado por ser su segundo embarazo después de 12 años, me sentí mal en el pueblo y me estaban monitoreando pero ya mi bebe no lo sentía mover como siempre y me trasladaron para acá donde ayer en horas de la tardecita tuve a mi bebe pero ya había muerto, tengo mucha tristeza, mañana luego de mi salida lo vamos a enterrar acá en Florencia".

Se evidencia muchos sentimientos de tristeza ante la pérdida de su bebe. Se realiza charla motivacional, Por lo que se brinda acompañamiento y herramientas para el manejo de Duelo como un proceso activo de adaptación ante la pérdida de su ser querido y se explica las etapas para un mejor afrontamiento a la pérdida de su ser querido
Se expone la importancia de realizar un adecuado manejo de Duelo como ayuda emocional y poder superar y tratar cada una de las etapas de Duelo por lo anterior se recomienda a la paciente a vincularse a un proceso de Duelo por medio de su EPS para hacer reforzamiento a su conducción de Duelo.

Se explica los beneficios de una adecuada planificación y asistencia oportuna a controles pre natales. Paciente refiere y aceptar de manera asertiva la intervención y cada una de recomendaciones dadas.

Profesional: YHINA PAOLA PINILLA STERLING PSICOLOGIA

COMPLICACIONES

NINGUNA

PRONOSTICO

BUENO SUJETO A CUIDADOS DE LA PACIENTE

RECOMENDACIONES

SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES SIGNOS DE ALARMA CONTROL POR CONUSLTA EXTERNA, SE EXPLICA CLARAMENTE RECOMENDACIONES DE PURICULTURA, FORMULA DE ANALGESICO.
SE EXPLICA A LA PACIENTE CONSUCTA A SEGUIR QUIEN ENRIENDE Y ACEPTA.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
O364	ATENCION MATERNA POR MUERTE INTRAUTERINA		☑
O335	ATENCION MATERNA POR DESPROPORCION DEBIDA A FETO DEMASIADO GRANDE		☐

ORDENES MEDICAS

SERVICIOS IPS INTRAHOSPITALARIO Y EXTRAMURAL

Profesional: JULIE NATALY BOHORQUEZ ROMERO
Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Tarjeta Prof. # ESP1036

Servicios Con Interpretación

Fecha	Servicio	Folio Sol.	Extramural
• 13/06/2017 5:38:06 p. m.	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	2	☐

Interpretación: normal. **Folio Inter:** 4

Resultados de la Muestra

Analitos	Valor	Observación
NUMERO DE GRANULOCITOS	7.20 x10^3mm^3	
RECUENTO DE LEUCOCITOS	9.7 x10^3mm^3	
NUMERO DE LINFOCITOS	2.20 x10^3mm^3	
NUMEROS DE MONOCITOS	0.30 x10^3mm^3	
PORCENTAJE DE GRANULOCITOS	73.3 %	
PORCENTAJE DE LINFOCITOS	22.9 %	
PORCENTAJE DE MONOCITOS	3.8 %	
RECUENTO DE ERITROCITOS	4.47 10^6/mm^3	
HEMOGLOBINA	14.4 g/dl	
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	102 fL	
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	32.2 pg	
CONCENTRACION MEDIA DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR	31.5 g/dl	
DESVIACION ESTANDAR DEL ANCHO DE DISTRIBUCION DE GLOBULOS ROJOS	13.8 fL	
HEMATOCRITO	45.6 %	
RECUENTO DE PLAQUETAS	228 x10^3mm^3	
VOLUMEN MEDIO DE PLAQUETAS	8.3 um^3	
ANCHO DE DISTRIBUCION DE PLAQUETAS	14.6 %	
PLAQUETOCRITO	0.189 %	

• 13/06/2017 5:38:06 p. m.	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	2	☐

Interpretación: no reactiva **Folio Inter:** 4

Resultados de la Muestra

Analitos	Valor	Observación
SEROLOGIA PRUEBA NO TREPONEMICA RPR	NO REACTIVO	

• 13/06/2017 5:38:06 p. m.	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	2	☐

Interpretación: normal **Folio Inter:** 4

Resultados de la Muestra

Analitos	Valor	Observación
TIEMPO DE PROTROMBINA	11.6 seg	
CONTROL NORMAL	14.1 seg	
INR	0.82 seg	

• 13/06/2017 5:38:06 p. m.	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	2	☐

Interpretación: normal **Folio Inter:** 4

Resultados de la Muestra

Analitos	Valor	Observación
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT	27.0 seg	
CONTROL NORMAL PTT	30.2 seg	

• 13/06/2017 5:38:06 p. m.	FIBRINOGENO	2	☐

Interpretación: LIGERA ELEVACION **Folio Inter:** 6

Resultados de la Muestra

Analitos	Valor	Observación
FIBRINOGENO. COAGULACION	469 mg/dl	

Profesional: JULIE NATALY BOHORQUEZ ROMERO
Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Tarjeta Prof. # ESP1036

- 13/06/2017 5:41:26 p. m. PERFIL BIOFISICO 3 ☐
  Interpretación: SE CORRIGE ORDEN, SE REALZIA ECOGARFIA OBSTETRICA QUE EVIDENCIO OBITO FETAL CON PEF SOBRE LOS 4000 GR **Folio Inter:** 8
- 13/06/2017 9:55:46 p. m. ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO 4 ☐
  Interpretación: PENDINETE **Folio Inter:** 8
- 14/06/2017 2:00:33 a. m. INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA 5 ☐
  Interpretación: PSICOLOGIA: **Folio Inter:** 7

Paciente de género femenino de 28 años, con diagnósticos anotados en historia clínica, ubicada en el área de Hospitalización vip de la institución, durante el abordaje el paciente se encuentra en compañía de Karen Julieth Tovar de 12 años de edad quien refiere ser su hija.

Al examen mental la paciente se encuentra consiente, alerta, orientada en persona y espacio, orientada en tiempo, contacto visual, niega alteraciones a nivel de sensopercepcion, niega cambios en su conducta alimentaria habitual y en ciclo sueño – vigilia.

Paciente refiere vivir con su esposo el señor Dinael Tovar de 32 años y su hija en el Municipio de San Vicente del Caguan Caquetá. Se brinda Espacio para la expresión emocional La paciente manifiesta "mucho dolor de tristeza ante la pérdida del bebe ya que fue muy anhelado por ser su segundo embarazo después de 12 años, me sentí mal en el pueblo y me estaban monitoreando pero ya mi bebe no lo sentía mover como siempre y me trasladaron para acá donde ayer en horas de la tardecita tuve a mi bebe pero ya había muerto, tengo mucha tristeza, mañana luego de mi salida lo vamos a enterrar acá en Florencia".

Se evidencia muchos sentimientos de tristeza ante la pérdida de su bebe. Se realiza charla motivacional, Por lo que se brinda acompañamiento y herramientas para el manejo de Duelo como un proceso activo de adaptación ante la pérdida de su ser querido y se explica las etapas para un mejor afrontamiento a la pérdida de su ser querido
Se expone la importancia de realizar un adecuado manejo de Duelo como ayuda emocional y poder superar y tratar cada una de las etapas de Duelo por lo anterior se recomienda a la paciente a vincularse a un proceso de Duelo por medio de su EPS para hacer reforzamiento a su conducción de Duelo.

Se explica los beneficios de una adecuada planificación y asistencia oportuna a controles pre natales. Paciente refiere y aceptar de manera asertiva la intervención y cada una de recomendaciones dadas.

Servicios Sin Interpretación

Fecha	Servicio	Folio Sol.	Extramural
13/06/2017 9:55:46 p. m.	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL SOD	4	☐

MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIO Y EXTRAMURAL

Medicamento	Manejo Extramural
ACETAMINOFEN 500 mg Tableta	☑
BROMOCRIPTINA 2,5 mg Tableta	☑
CEFAZOLINA 1 g Polvo para Inyeccion	☐
CEFRADINA 500 mg Tableta	☑
DICLOFENACO SODICO 75 mg/3 ml Solucion Inyectable	☐
HIERRO FERROSO SULFATO ANHIDRO 300 mg Gragea	☑
OXITOCINA 10 UI / 1 ml Solución Inyectable	☐
TRAMADOL 50 mg/ 1 ml Solucion Inyectable	☐
LACTATO RINGER - SOLUCION HARTMAN 500 ml Solucion Inyectable	☐

Profesional: JULIE NATALY BOHORQUEZ ROMERO
Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Tarjeta Prof. # ESP1036

Representante Legal: CLINICA MEDILASER SA
Numero de Cedula: 813001952

Profesional: JULIE NATALY BOHORQUEZ ROMERO
Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Tar. Profesional # ESP1036

142

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

ACTA INDIVIDUAL DE REPARTO

: 04/sep./2019 **5:41:55pm** Oficina de Apoyo - Florencia - Caquetá Página 1 *

ADOS ADMINISTRATIVOS

TIDO AL DESPACHO **JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO DE FLORENCIA**

) 04

RACION DIRECTA

CD. DESP	SECUENCIA:	FECHA DE REPARTO
001	24658	04/sep./2019

IFICACION	NOMBRE	APELLLIDO	SUJETO PROCESAL	
8059	DANIELA	CASTRO ORTEGA	01	*-
24	JAIME ANDRES	SILVA MURCIA	03	*-

SERVACIONES:

504-OJ0 X04

isg

FUNCIONARIO DE REPARTO

Juzgado Primero Administrativo del Circuito

Florencia, Caquetá

RADICACION: **18001-33-33-001-2019-00671-00**

SECUENCIA 24658

CLASE DE ACCION: MEDIO DE CONTROL ACCION DE REPARACION DIRECTA

PRESENTADOR POR DANIELA CASTRO ORTEGA, DINAEL TOVAR ALVAREZ

FECHA DE REPARTO: 04/09/2019

	FOLIOS
PODERES	( )
ANEXOS:	( )
DEMANDA	( )
OTROS DOCUMENTOS	( )
COPIAS TRASLADOS	( )
COPIA PARA ARCHIVO	( )
CD	( )

CONSTANCIA: Florencia, 5 de Septiembre de 2019

En la fecha pasa al Despacho del señor juez para el estudio de su admisión.

Sandra Yubely Melo Pimentel

Secretaria

JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO DE FLORENCIA

Florencia, 14 FEB 2020

AUTO INTERLOCUTORIO No. 123

Medio de Control: **REPARACIÓN DIRECTA**
Demandante: **DANIELA CASTRO ORTEGA Y OTROS**
Demandado: **ESE HOSPITAL SAN RAFAEL Y OTRO**
Radicación: **18001-33-33-001-2019-00671-00**

Realizado el estudio de admisión de la demanda, encuentra el Despacho que en el presente medio de control los señores MARGARITA ALVAREZ, DANIEL TOVAR PLAZAS, BELCY ORTEGA GÓMEZ y JAIRO CASTRO MANJARREZ, no aportaron al expediente poder para actuar dentro del proceso como parte demandante.

En consecuencia, la demanda se inadmitirá para que la parte actora la subsane, en el sentido de allegar poder debidamente otorgado en los términos del artículo 74 del C.G.P., con la advertencia que deberá aportar copia de la subsanación para los respectivos traslados.

En virtud de lo expuesto, el Juzgado Primero Administrativo de Florencia,

RESUELVE

PRIMERO.- INADMITIR el medio de control de reparación directa presentado por los señores DANIELA CASTRO ORTEGA Y OTROS contra la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE SAN VICENTE DEL CAGUÁN –CAQUETÁ y la CLÍNICA MEDILASER DE FLORENCIA -CAQUETÁ, por las razones expuestas en la parte motiva del presente proveído.

SEGUNDO.- CONCEDER el término de 10 días a la parte accionante para que subsane la falencia anotada, so pena de rechazo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.

FLOR ANGELA SILVA FAJARDO
Jueza

A.R.

JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SECRETARÍA

Florencia, **17 de febrero de 2020**, hoy siendo las 8:00 de la mañana se notifica por anotación en estado No. **010** la providencia que antecede de fecha **14 de febrero de 2020.**

FRANCY ROSERO NUÑEZ
SECRETARIA

JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SECRETARÍA

Florencia, **21 de febrero de 2020**. El 20 del mes de febrero de 2020, a última hora hábil quedó debidamente ejecutoriada la providencia que antecede. Días Inhábiles: no hubo

FRANCY ROSERO NUÑEZ
SECRETARIA

146

NOTIFICACIÓN ESTADO DEL 17 DE FEBRERO DE 2020

Juzgado 01 Administrativo - Caqueta - Florencia <jadmin01fla@notificacionesrj.gov.co>

Lun 17/02/2020 3:32 PM

Para: fdussan@procuraduria.gov.co <fdussan@procuraduria.gov.co>; procjudadm71@procuraduria.gov.co <procjudadm71@procuraduria.gov.co>; jur.novedades@fiscalia.gov.co <jur.novedades@fiscalia.gov.co>; Jose Luis Ospina Sanchez <jose.ospinas@fiscalia.gov.co>; ANDRES MAURICIO CARO BELLO <jur.notificacionesjudiciales@fiscalia.gov.co>; Notificaciones Direccion Ejecutiva Deaj <deajnotif@deaj.ramajudicial.gov.co>; Oficina Juridica - Florencia - Seccional Neiva <ofjuridicafl@cendoj.ramajudicial.gov.co>; juancreyes1@hotmail.com <juancreyes1@hotmail.com>; decaq notificacion <decaq.notificacion@policia.gov.co>; poetalumi@hotmail.com <poetalumi@hotmail.com>; yonny wilfer caballero rodriguez <ynnyc60@hotmail.com>; informacion@montanorojas.co <informacion@montanorojas.co>; njudiciales@mapfre.com.co <njudiciales@mapfre.com.co>; jairorinconachury@hotmail.com <jairorinconachury@hotmail.com>; nohora.bojaca@previsora.gov.co <nohora.bojaca@previsora.gov.co>; yarlennyfigueroasuarez0@gmail.com <yarlennyfigueroasuarez0@gmail.com>; notificacionjudicial.medilaser@hotmail.com <notificacionjudicial.medilaser@hotmail.com>; notificacionesjudiciales@hmi.gov.co <notificacionesjudiciales@hmi.gov.co>; njudiciales@mapfre.com.co <njudiciales@mapfre.com.co>; notificacionesjudiciales@previsora.gov.co <notificacionesjudiciales@previsora.gov.co>; notificaciones florencia <notificaciones.florencia@mindefensa.gov.co>; eduardo-chicue@hotmail.com <eduardo-chicue@hotmail.com>; snormaliliana@gmail.com <snormaliliana@gmail.com>; asmet_caqueta@asmetsalud.org.co <asmet_caqueta@asmetsalud.org.co>; ofi juridica <ofi_juridica@caqueta.gov.co>; juridica@hmi.gov.co <juridica@hmi.gov.co>; salud@caqueta.gov.co <salud@caqueta.gov.co>; ofi juridica <ofi_juridica@caqueta.gov.co>; norberto alonso cruz florez <qytnotificaciones@qytabogados.com>; alcaldia@sanvicentedelcaguan-caqueta.gov.co <alcaldia@sanvicentedelcaguan-caqueta.gov.co>; contactenos@sanvicentedelcaguan-caqueta.gov.co <contactenos@sanvicentedelcaguan-caqueta.gov.co>; swthlana@hotmail.com <swthlana@hotmail.com>; giovatorresm@hotmail.com <giovatorresm@hotmail.com>; silmur3@hotmail.com <silmur3@hotmail.com>; marthacvq94@yahoo.es <marthacvq94@yahoo.es>; decaq notificacion <decaq.notificacion@policia.gov.co>; faridrioscastro@hotmail.com <faridrioscastro@hotmail.com>; notificaciones florencia <notificaciones.florencia@mindefensa.gov.co>; linacordobalopezquintero@gmail.com <linacordobalopezquintero@gmail.com>; lina.cordoba@lopezquintero.co <lina.cordoba@lopezquintero.co>; notificacionesjudiciales@mineducacion.gov.co <notificacionesjudiciales@mineducacion.gov.co>; alcaldia@curillo-caqueta.gov.co <alcaldia@curillo-caqueta.gov.co>; edwin_vargas21@hotmail.com <edwin_vargas21@hotmail.com>; notificacionesjudiciales@jameshurtadolopez.com.co <notificacionesjudiciales@jameshurtadolopez.com.co>; James Hurtado Lopez <jameshurtado13@hotmail.com>; jameshurtadolopez7@gmail.com <jameshurtadolopez7@gmail.com>; judicial@lamontanitacaqueta.gov.co <judicial@lamontanitacaqueta.gov.co>; laboraladministrativo@condeabogados.com <laboraladministrativo@condeabogados.com>; contactenos@lamontanita-caqueta.gov.co <contactenos@lamontanita-caqueta.gov.co>; oscarconde@condeabogados.com <oscarconde@condeabogados.com>; ingrid Natalia Gomez Rodriguez <alvarorueda@arcabogados.com.co>; jorgealbertocanonuribe@hotmail.com <jorgealbertocanonuribe@hotmail.com>; Cesar Garzon <notificacionesjudicialesugpp@ugpp.gov.co>; acalderonm@ugpp.gov.co <acalderonm@ugpp.gov.co>; buzonjudicial@defensajuridica.gov.co <buzonjudicial@defensajuridica.gov.co>; contactenos@milan-caqueta.gov.co <contactenos@milan-caqueta.gov.co>; florma.cabreram@gmail.com <florma.cabreram@gmail.com>; abogados.sas@hotmail.com <abogados.sas@hotmail.com>; notificaciones florencia <notificaciones.florencia@mindefensa.gov.co>; ejabero@hotmail.com <ejabero@hotmail.com>; emigdiojacob@gmail.com <emigdiojacob@gmail.com>; cesarl132@hotmail.com <cesarl132@hotmail.com>; judicial@cartagenaelchaira-caqueta.gov.co <judicial@cartagenaelchaira-caqueta.gov.co>; contactenos@cartagenadelchaira-caqueta.gov.co <contactenos@cartagenadelchaira-caqueta.gov.co>; kamur_4@hotmail.com <kamur_4@hotmail.com>; corpoam1@col1.telecom.com.co <corpoam1@col1.telecom.com.co>; notificacionesjudiciales@corpoamazonia.gov.co <notificacionesjudiciales@corpoamazonia.gov.co>; notificacionesjudiciales <notificacionesjudiciales@florencia-caqueta.gov.co>; nactalyrozo.abogada@gmail.com <nactalyrozo.abogada@gmail.com>; metriar_0757@hotmail.com <metriar_0757@hotmail.com>; reparacondirecta@condeabogados.com <reparacondirecta@condeabogados.com>; educacion@caqueta.gov.co <educacion@caqueta.gov.co>; ofi juridica <ofi_juridica@caqueta.gov.co>; sedcaqueta <sedcaqueta@sedcaqueta.gov.co>; joluos22@yahoo.com.mx <joluos22@yahoo.com.mx>; Cesar Garzon <notificacionesjudicialesugpp@ugpp.gov.co>; rahum80@hotmail.com <rahum80@hotmail.com>; alejandrasierra15@gmail.com <alejandrasierra15@gmail.com>; ligiagoyeneche.suarez@gmail.com <ligiagoyeneche.suarez@gmail.com>; notificacionesjudiciales <notificacionesjudiciales@cremil.gov.co>; albertocardenasabogados@yahoo.com <albertocardenasabogados@yahoo.com>; notificacionesjudiciales <notificacionesjudiciales@florencia-caqueta.gov.co>; oficinajuridica@florencia-caqueta.gov.co <oficinajuridica@florencia-caqueta.gov.co>; forleg@hotmail.com <forleg@hotmail.com>; njudiciales@uniamazonia.edu.co <njudiciales@uniamazonia.edu.co>; lina.cordoba@lopezquintero.co <lina.cordoba@lopezquintero.co>; linacordobalopezquintero@gmail.com <linacordobalopezquintero@gmail.com>; camilosoto36@gmail.com <camilosoto36@gmail.com>; camilosoto@colegas.com <camilosoto@colegas.com>; arielcardoso_1603@hotmail.com <arielcardoso_1603@hotmail.com>; abogadosmagisterio.notif@yahoo.com <abogadosmagisterio.notif@yahoo.com>; notificacionesjudiciales@mineducacion.gov.co <notificacionesjudiciales@mineducacion.gov.co>; norbertocruz@qytabogados.com <norbertocruz@qytabogados.com>; norberto alonso cruz florez <qytnotificaciones@qytabogados.com>; erika58bautista@hotmail.com <erika58bautista@hotmail.com>; adribautita14@hotmail.com <adribautita14@hotmail.com>; albertocardenasabogados@yahoo.com <albertocardenasabogados@yahoo.com>; reparacondirecta@condeabogados.com <reparacondirecta@condeabogados.com>; laboraladministrativo@condeabogados.com <laboraladministrativo@condeabogados.com>; coyarenas@hotmail.com <coyarenas@hotmail.com>; juridica@esesorteresaadele.gov.co <juridica@esesorteresaadele.gov.co>; contacto@esesorteresaadele.gov.co <contacto@esesorteresaadele.gov.co>

2 archivos adjuntos (3 MB)

ESTADO DE FECHA 17 DE FEBRERO DE 2020.pdf; AUTOS DEL ESTADO DE 17 DE FEBRERO DE 2020.pdf;

JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO DE FLORENCIA, CAQUETÁ

EN LA FECHA Y DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 201 DEL C.P.A.C.A., SE NOTIFICA EL ESTADO No. 010 DEL 17 DE FEBRERO DE 2020 – ORALIDAD, DEL JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE FLORENCIA, CAQUETÁ.

ASÍ MISMO SE LES HACE SABER QUE EL ESTADO Y LOS AUTOS QUE SE NOTIFICAN PUEDEN SER CONSULTADOS EN EL SIGUIENTE LINK:

https://www.ramajudicial.gov.co/web/juzgado-01-administrativo-de-florencia/435

ATENTAMENTE,

FRANCY ROSERO NUÑEZ
SECRETARIA

147

Inadmite

Doctora
FLOR ANGELA SILVA FAJARDO
JUEZ PRIMERA ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE FLORENCIA
E. S. D.

REF: corrección y adición de la demanda
Medio de Control: Reparación Directa
Radicado: 2019-00671-00
Demandante: Daniela Castro Ortega y Otros
Demandado: Hospital San Rafael ESE y Otro

JAIME ANDRES SILVA MURCIA, mayor de edad, abogado en ejercicio, identificado con la Cédula de Ciudadanía número 6.254.424 expedida en Cali-Valle, portador de la Tarjeta Profesional número 161.195 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de apoderado judicial dentro del asunto de la referencia y encontrándome dentro de los términos de ley me permito **CORREGIR Y ADICIONAR LA DEMANDA** en los siguientes términos:

El Despacho mediante auto de fecha 14 de febrero del presente año, inadmite el presente asunto por lo siguiente:

1. **Realizado el estudio de admisión de la demanda, encuentra el Despacho que en el presente medio de control los señores MARGARITA ALVAREZ, DANIEL TOVAR PLAZAS, BELCY ORTEGA GOMEZ y JAIRO CASTRO MANJARREZ, no aportaron al expediente poder para actuar dentro del proceso como parte demandante.**

Con respecto a este punto objeto de corrección me permito manifestar al Despacho que no fue posible su corrección en razón a que mis poderdantes residen en zona rural del Departamento y fue imposible su comunicación, razón por la cual solicito tener por desistida la demanda únicamente para las personas mencionadas.

De igual forma me permito **ADICIONAR LA DEMANDA** de la siguiente manera:

DECLARACIONES DE TERCEROS - FAMILIARIDAD

Con el fin de demostrar los lasos de afecto, unión y familiaridad entre los demandantes, así como de los perjuicios causados, solicito de manera atenta al señor Juez se sirva citar y hacer comparecer a las siguientes personas:

ERIKA ALEXANDRA CASTILLO GUARACA
C.C. Nº 1.117.814.595
DIR: San Vicente del Caguan

ABOGADOS ASOCIADOS
ESPECIALISTA DERECHO ADMINISTRATIVO

TEL: 3155933407

LUZ MARINA CAMACHO
C.C. Nº 40.729.084
DIR: San Vicente del Caguán

LENITH MARIANA MARIN MONROY
C.C. Nº 30.505.460
DIR: San Vicente del Caguán

MARIA NELLY VERU PABON
C.C. Nº 40.732.832
DIR: San Vicente del Caguán

Las anteriores personas, pueden ser ubicadas a las direcciones señaladas o por intermedio del suscrito.

No siendo otro el motivo de la presente, me suscribo con el mayor respeto y especial aprecio.

Cordialmente,

JAIME ANDRES SILVA MURCIA
CC. 6.254.424 de Cali-Valle
T.P. 161.195 del C.S.J.

JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO DE FLORENCIA - CAQUETÁ

CONSTANCIA SECRETARIAL. Florencia, Caquetá, 11 de marzo de 2020. El 10 de marzo de 2020 a última hora hábil venció el término de diez (10) días de que disponía la parte actora para subsanar los yerros enunciados en el auto inadmisorio de la demanda de fecha 14/02/2020[1], termino dentro del cual el apoderado presentó sus escritos para corregir y adicionar la demanda (folios 147-148 Cuaderno principal 1). Días inhábiles 21 de febrero por cese de actividades convocado por ASONAL JUDICIAL, 22, 23, 29 de febrero, 1 de marzo por sábado y domingo, del 2 al 6 de marzo por cierre extraordinario del juzgado por razones de fuerza mayor según Acuerdo No. CSJCAQA20-5 del 2 de marzo de 2020, proferido por el Consejo Seccional de la Judicatura del Caquetá. El proceso pasa a despacho para lo pertinente.

FRANCY ROSERO NÚÑEZ
Secretaria

2019-00671-00

[1] Folio 144 Cuaderno principal