

ABOGADOS ASOCIADOS  
ESPECIALISTA DERECHO ADMINISTRATIVO



RAMA JUDICIAL  
Consejo Superior de la Judicatura  
Republica de Colombia

OFICINA COORDINACION  
ADMINISTRATIVA  
OFICINA DE APOYO

Señores

JUZGADOS ADMINISTRATIVOS DEL CIRCUITO JUDICIAL  
FLORENCIA CAQUETA (REPARTO)

04 SEP 2019

RECIBIDO

E. S. D.

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

HORA 5:41 FIRMA

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

**ABOGADOS ASOCIADOS  
ESPECIALISTA DERECHO ADMINISTRATIVO**

6	BELCY ORTEGA GOMEZ	Abuela o tercero damnificado	50 SMMLV
7	JAIRO CASTRO MANJARREZ	Abuelo o tercero damnificado	50 SMMLV
	<b>TOTAL</b>		<b>450 SLMMV</b>

**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
	<b>TOTAL</b>		<b>450 SLMMV</b>

**ABOGADOS ASOCIADOS  
ESPECIALISTA DERECHO ADMINISTRATIVO**

**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**

**ABOGADOS ASOCIADOS  
ESPECIALISTA DERECHO ADMINISTRATIVO**

*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 gnnp 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<sup>1</sup> +***

<sup>1</sup> La expresión «macrosomía fetal» se utiliza para describir a un recién nacido significativamente más grande que el promedio.



**ABOGADOS ASOCIADOS  
ESPECIALISTA DERECHO ADMINISTRATIVO**

*polihidramnios<sup>2</sup>*, 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 RAFAEL, padeciendo fuertes dolores y contracciones, advirtiéndolo 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 vasoespasmos u otros síntomas por lo que dedico 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 embarazo 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 vasoespasmos, 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.

<sup>2</sup> 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.

6

ABOGADOS ASOCIADOS  
ESPECIALISTA DERECHO ADMINISTRATIVO

*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 SEGURÍ QUIEN  
ENTIENDE Y ACEPTA CONDUCTA.

PLAN//

PREPARAR PARA CESAREA

CALLE 17 No 6-100 B/SIETE AGOSTO FLORENCIA, CAQUETA

7.

ABOGADOS ASOCIADOS  
ESPECIALISTA DERECHO ADMINISTRATIVO

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**<sup>3</sup>, esto es, por el gran tamaño del neonato se debía

<sup>3</sup> 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).



**ABOGADOS ASOCIADOS  
ESPECIALISTA DERECHO ADMINISTRATIVO**

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



ABOGADOS ASOCIADOS  
ESPECIALISTA DERECHO ADMINISTRATIVO

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.<sup>4</sup>

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,<sup>5</sup> lo cual no ocurrió con la señora DANIELA CASTRO ORTEGA.

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

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



ABOGADOS ASOCIADOS  
ESPECIALISTA DERECHO ADMINISTRATIVO

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:<sup>6</sup>

*"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

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





12

**ABOGADOS ASOCIADOS  
ESPECIALISTA DERECHO ADMINISTRATIVO**

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.**

73

**ABOGADOS ASOCIADOS  
ESPECIALISTA DERECHO ADMINISTRATIVO**

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

**COMPETENCIA**

Es usted competente señor Juez, para darle trámite 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 término 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.

**CALLE 17 No 6-100 B/SIETE AGOSTO FLORENCIA, CAQUETA**

74

**ABOGADOS ASOCIADOS  
ESPECIALISTA DERECHO ADMINISTRATIVO**

- 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](mailto:info@hospitalsanrafael.gov.co)

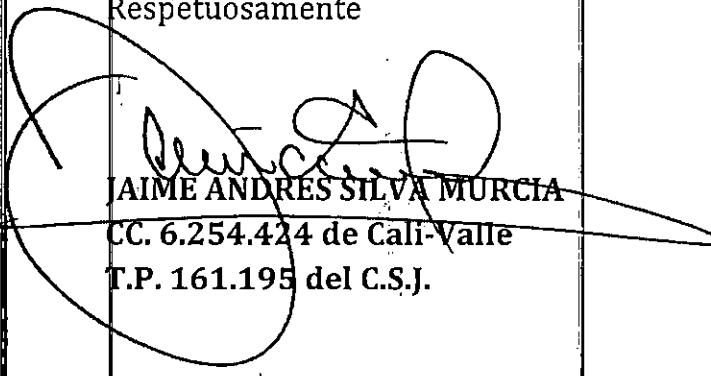
2.- la CLÍNICA MEDILASER S.A recibe notificaciones en la Calle 6 # 14A-55 Barrio Juan XXIII Florencia - Caquetá. Tel: 4366000

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](mailto: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](mailto: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.

CALLE 17 No 6-100 B/SIETE AGOSTO FLORENCIA, CAQUETA



15

ABOGADOS ASOCIADOS  
ESPECIALISTA DERECHO ADMINISTRATIVO



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 Caguán

Aceptamos:

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

*Jaime Andres Silva Murcia*  
**JAIME ANDRES SILVA MURCIA**  
CC.6.254.424 Cali  
T.P.161.195 del C.S.J.





## DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL



23619

### Artículo 2.2.6.1.2.4.1 del Decreto 1069 de 2015

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



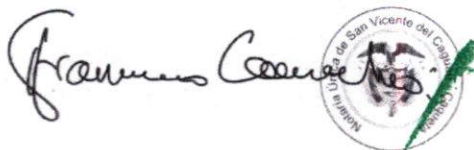
3gz34nbzpw17  
07/05/2019 - 13:56:07:711



----- Firma autógrafa -----

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](http://www.notariasegura.com.co)

Número Único de Transacción: 3gz34nbzpw17



76.

ABOGADOS ASOCIADOS  
ESPECIALISTA DERECHO ADMINISTRATIVO



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.

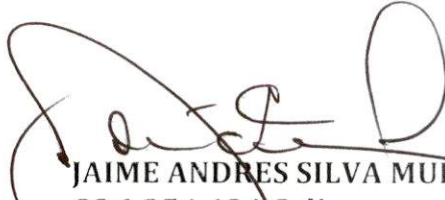
Ruego reconocer personería jurídica a los profesionales del derecho en los términos del poder conferido.

Atentamente,

  
**DINAEL TOVAR ALVAREZ**  
CC. No 17.775.762 San Vicente del Caguán

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.





## DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL



23639

### Artículo 2.2.6.1.2.4.1 del Decreto 1069 de 2015

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](http://www.notariasegura.com.co)  
Número Único de Transacción: 8id4p4gkxon8



	PROCESO INTERVENCIÓN		Fecha de Revisión	24/08/2015
	SUBPROCESO CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL		Fecha de Aprobación	24/08/2015
	FORMATO CONSTANCIAS DE TRAMITE CONCILIATORIO EXTRAJUDICIAL ADMINISTRATIVO		Versión	3
	REG-IN-CE-006		Página	1 de 4

CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL

PROCURADURÍA 71 JUDICIAL I PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS

Radicación N.º 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.º de la Ley 640 de 2001, en concordancia con lo dispuesto en el numeral 6.º del artículo 2.2.4.3.1.1.9 del Decreto 1069 de 2015<sup>1</sup>, el Procurador 71 Judicial I para Asuntos Administrativos expide la siguiente

CONSTANCIA

- Mediante apoderado, el convocante DANIELA CASTRO ORTEGA Y OTROS, conforme las pretensiones que se trasciben 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.
- 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.*

<sup>1</sup> 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 9º del Decreto 1716 de 2009.

Lugar de Archivo: Procuraduría N.º Judicial Administrativa	Tiempo de Retención: 5 años	Disposición Final: Archivo Central
--	--------------------------------	---------------------------------------

Verifique que esta es la versión correcta antes de utilizar el documento



	PROCESO INTERVENCIÓN	Fecha de Revisión	24/08/2015
	SUBPROCESO CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL	Fecha de Aprobación	24/08/2015
	FORMATO CONSTANCIAS DE TRAMITE CONCILIATORIO EXTRAJUDICIAL ADMINISTRATIVO	Versión	3
	REG-IN-CE-006	Página	2 de 4


**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
	<b>TOTAL</b>		<b>450</b>

**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

Lugar de Archivo: Procuraduría N.º Judicial Administrativa	Tiempo de Retención: 5 años	Disposición Final: Archivo Central
--	--------------------------------	---------------------------------------

 PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN	PROCESO INTERVENCIÓN		Fecha de Revisión	24/08/2015
	SUBPROCESO CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL		Fecha de Aprobación	24/08/2015
	FORMATO CONSTANCIAS DE TRAMITE CONCILIATORIO EXTRAJUDICIAL ADMINISTRATIVO		Versión	3
	REG-IN-CE-006		Página	3 de 4

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.

Lugar de Archivo: Procuraduría N.º Judicial Administrativa	Tiempo de Retención:  5 años	Disposición Final:  Archivo Central
---	------------------------------------	---

 PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION	PROCESO INTERVENCIÓN	Fecha de Revisión	24/08/2015
	SUBPROCESO CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL	Fecha de Aprobación	24/08/2015
	FORMATO CONSTANCIAS DE TRAMITE CONCILIATORIO EXTRAJUDICIAL ADMINISTRATIVO	Versión	3
	REG-IN-CE-006	Página	4 de 4

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

Lugar de Archivo: Procuraduría N.º Judicial Administrativa	Tiempo de Retención:  5 años	Disposición Final:  Archivo Central
---	------------------------------------	---

Verifique que esta es la versión correcta antes de utilizar el documento



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.117.806.084

TOVAR CASTRO

APELLIDOS

KAREN JULIETH

NOMBRES

Karen Julieth Tovar Castro

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-JUN-2004  
SAN VICENTE DEL CAGUAN  
(CAQUETA)

LUGAR DE NACIMIENTO

29-JUN-2022

FECHA DE VENCIMIENTO

A+

GS RH

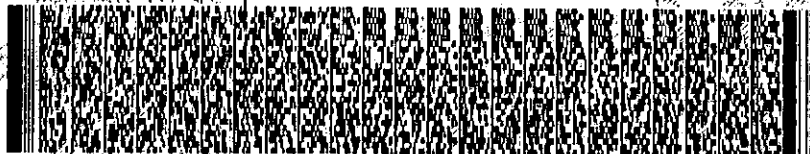
F

SEXO

01-DIC-2016 SAN VICENTE DEL CAGUAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VAGHA



P-4401000-00877328-F-1117806084-20170111

0053092542A 4

8094213441

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA


NUMERO 17.775.762

TOVAR ALVAREZ

APELLIDOS  
DANIEL

SEXO  
HOMBRES

*Daniel Tovar*



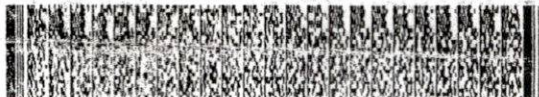
FECHA DE NACIMIENTO 22-MAY-1984  
SAN VICENTE DEL CAGUAN  
(CAQUETA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA A+ G.S. RH M SEXO

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

INDICE DERECHO

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-401000-00105148-V-001775762-20/90424 • 0011036370A 1 23775569

1838682

OFICINA DE REGISTRO CIVIL		Clase (Notaría, Alcaldía, Registraduría, etc.)		SAN VICENTE DEL CAGUAN CAQUETA		Código	
INSCRITO		Primer Apellido		Segundo Apellido		Fecha de Nacimiento	
TOVAR		AL VAREZ		DINAEL		22 MAYO 1984	
SEXO		Masculino o Femenino		Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino		Municipio	
MASCULINO						SAN VICENTE DEL CAGUAN	
LUGAR DE NACIMIENTO		País		Dpto. Int. e Comis.			
COLOMBIA				CAQUETA			
DATOS DEL NACIMIENTO		Clínica, hospital, dirección, etc., donde ocurrió el nacimiento		Hora			
HOSPITAL REGIONAL				12:10PM			
DOCUMENTOS		Documento de Nacimiento		Nombre del testigo			
BAPTISMO							
MADRE		Apellidos (de enteros)		Edad actual			
AL VAREZ				30			
Identificación (clase y número)		Nombres		Edad actual			
cc#26.644.973- San Vicente Cqta.		MARGARITA		31			
PADRE		Apellidos		Nacionalidad		Profesión u oficio	
TOVAR PLAZAS				COLOMBIANA		CONDUCTOR	
Identificación (clase y número)		Identificación (clase y número)					
cc#17.670.313- San Vicente Cqta.							
DENUNCIANTE		Identificación (clase y número)		Dirección postal y municipio			
		cc#17.670.313- San Vicente Cqta.		BARRIO BELLA VISTA (SAN VICENTE)			
TESTIGO		Identificación (clase y número)		Domicilio (Municipio)			
		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
FECHA DE INSCRIPCION		(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)		Día		Mes	
28		ENERO		1984			

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

VALIDO PARA IDENTIFICACION

COMO NOTARIA UNICA DEL CIRCULO CERTIFICO QUE ESTA COPIA CORRESPONDE AL ORIGINAL QUE SE VA A LA VISTA  
 11 FEB 2000  
 SAN VICENTE DEL CAGUAN  
 REPUBLICA DE COLOMBIA  
 NOTARIA  
 NOTARIA UNICA DE SAN VICENTE DEL CAGUAN

ESTE REGISTRO CIVIL TIENE VALIDEZ PERMANENTE



REGISTRADURA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo 34562347  
Serial

NUP 1000258174

Datos de la oficina de registro: Clase de oficina  
Inscripción ☒ Nacido ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código ☐

País: COLOMBIA CAQUETA SAN VICENTE DEL CAGUAN

Nombre del niño: CARLOS

Apellido: CRISTINA

Fecha de nacimiento: Mes FEB, Día 12, Año 1989

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

Documento de identificación (Clase y número): TESTIGOS

Datos de la madre: Apellidos y nombres completos: CRISTINA GONZALEZ BALDI

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

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre: Apellidos y nombres completos: CARLOS MANJARRAZ JALLO

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

Nacionalidad: COLOMBIANO

Apellidos y nombres completos: CARLOS MANJARRAZ JALLO

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

Nombre y firma: Jairo Castro

Datos primer testigo: Apellidos y nombres completos: ROZADA SANCHEZ BLANCA MILLYA

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

Nombre y firma: Millya Rozada

Datos segundo testigo: Apellidos y nombres completos: GONZALEZ IVAN ADOLFO

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

Nombre y firma: Ivan Gonzalez

Nombre y firma del funcionario que autoriza: MARTHA OLIVERA ORTIZ CASTILLO (S)

Fecha de inscripción: Mes DIC, Día 11, Año 2002

Reconocimiento paterno: Nombre y firma

Nombre y firma

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



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 No. 38741617		TOMO	DEPARTAMENTO - MUNICIPIO DE INSCRIPCION CAQUETA - SAN VICENTE DEL CAGUAN		FECHA DE INSCRIPCION	DIA 19	MES AGO	AÑO 2004
INSCRITO	TOVAR CASTRO		NOMBRES KAREN JULIETH		M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> 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		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		NACIONALIDAD COLOMBIANA				
PADRE	APELLIDOS TOVAR ALVAREZ		NOMBRES DINAEL					
IDENTIFICACION		C.C No. 17.775.762		NACIONALIDAD COLOMBIANA				
DENUNCIANTE	APELLIDOS XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		NOMBRES XXX					
IDENTIFICACION		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		NACIONALIDAD XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
DOCUMENTO ANTECEDENTE		XXXXXXXXXXXXXXX		SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO, (ART.115 DL.1260/70)				
NOTA:	RH: 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  
Exento de sello según Ar. 11 Decreto 2150/95

MARTHA OLIVA ORTIZ CASTILLO

Nombre del Registrador Municipal (E.)

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION

Firma y Sello

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA  
1-006-518-059  
NUMERO  
CASTRO ORTEGA  
APELLIDOS  
DANIELA  
NOMBRES  
DANIELA CASTRO  
FOTOGRAFIA

FECHA DE NACIMIENTO 12-FEB-1989  
SAN VICENTE DEL CAGUAN  
(CAQUETA)  
LUGAR DE NACIMIENTO  
1.50 O+ F  
ESTATURA G.S. RH SEXO  
06-JUN-2007 SAN VICENTE DEL CAGUAN  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION  
REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA  
INDICE DERECHO  
P-4401000-67164011-F-1006518059-20071011 0082807284M 02 254729904



Código: F-SGC- OG- 0082

Fecha de Aprobación: 1 de  
septiembre de 2008

Versión: Uno

**E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL****CARTAS Y OFICIOS**

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 de la 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

**Con Usted hacemos más por el Caquetá**

Calle 5 No 3-38 Telefono (8) 4644101 Fax (8) 4644912

[www.hospitalsanrafael.gov.co](http://www.hospitalsanrafael.gov.co)[info@hospitalsanrafael.gov.co](mailto:info@hospitalsanrafael.gov.co)

San Vicente del Caguán Caquetá Colombia



Código: F-SGC-MCI-0080

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

Comendidamente 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 Lizeth Florez Molano*  
**LAURA LIZETH FLOREZ MOLANO**  
 Auxiliar Administrativa



**Con Usted hacemos más por el Caquetá**  
 Calle 5 No 3-38 Telefono (8) 4644101 Fax (8) 4644912  
[www.hospitalsanrafael.gov.co](http://www.hospitalsanrafael.gov.co)  
[info@hospitalsanrafael.gov.co](mailto:info@hospitalsanrafael.gov.co)  
 San Vicente del Caguán Caquetá Colombia

ATENCION GENERAL

A - IDENTIFICACION

HOJA N°

1er. Apellido		2do. Apellido (odo casada)		Nombres		N° HISTORIA CLINICA	
E D A D		SEXO					
AÑOS MESES DIAS		H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Servicio		Sala o cuarto	
						N° 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) FISIOLÓGICOS b) PATOLÓGICOS c) QUIRÚRGICOS d) GINECO-OBSTÉTRICOS e) MENTALES
  - f) VACUNACIONES g) TÓXICO ALÉRGICAS
  - h) TRANSFUSIONES i) TRAUMÁTICOS

C-REVISIÓN POR SISTEMAS

D-EXAMEN FÍSICO

1. SIGNOS VITALES: PESO, TALLA  
PULSO, RESPIRACIÓN, TEMPERATURA
2. PRESIÓN ARTERIAL
3. ESTADO GENERAL
4. PIEL Y SUBCUTÁNEO
5. CABEZA: OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA
6. CUELLO
7. APARATO RESPIRATORIO
8. APARATO CARDIO VASCULAR
9. APARATO GASTRO-INTESTINAL
10. APARATO GENITO-URINARIO

10. EXAMEN GINECOLÓGICO

11. TACTO RECTAL
12. APARATO LOCOMOTOR
13. EXAMEN NEUROLÓGICO
14. EXAMEN GANGLIONAR
- E. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA  
O DIAGNÓSTICO DEFINITIVO
- F. PRONÓSTICO
- G. CONDUCTA A SEGUIR
- H. FIRMA Y CÓDIGO DEL MÉDICO QUE PRESTA LA ATENCIÓN

3693 Cht 9a F 364°  
1+27 peso 26

171A

0/ (M)

10-8-98. Edad. 10 años.

T° 36 °C. Peso 27 kg. Talla 125 cm.

Isc: 07/

Alber

CL





# EVOLUCION

## A. IDENTIFICACIÓN

HOJA No. \_\_\_\_\_

1er. APELLIDO Cartas		2do. APELLIDO (O DE CASADA) Ortega		NOMBRES Ana Julia		No. HISTORIA CLINICA 014150	
EDAD 18		SEXO H <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>					
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. 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	
28	06	04	
	16	30	<p>paciente traída por promotora por "actividad uterina inusual"</p> <p>Rts: Placemiento fetal: (+) Sangrado: (-) Amniotico (-)</p> <p>Voroparismo: (-)</p> <p>Antecedentes: - G. P. FM: 27/09/03 FPD: 04/07/04</p> <p>- Embarazo de 39 1/2 x FM</p> <p>- EUGRAFIA 14/07/04</p> <p>- Embarazo de 32.3 - hoy 38.3</p> <p>- Placenta posterior fúndica GI/III</p> <p>- CPN: (+)</p> <p>Examen físico: consciente, hidratada 110/70 FC: 35 x'</p> <p>P: 59 kg T: 36°C %: mucosas húmedas rosadas</p> <p>Sp. Córpor pulmonares limpias</p> <p>Abdomen: AU: 34 Feto único vivo longitudinal</p> <p>crecimiento dentro de lo normal FCF: 144x' - 144x'</p> <p>TU: D: permisible 1 dedo o cavidad B: 50%.</p> <p>crecimiento, membranas íntegras</p> <p>Extremidades: Rot: II/III No forcer</p> <p>ox: ① Embarazo o término</p> <p>② Preparado or trabajo de parto lateral</p> <p>③ Feto único vivo</p> <p>P/ Sir monitoreo fetal, signos de alarma, fórmula</p> <p>... actual ...</p>

HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL  
San Vicente del Caguán  
Servicio de Urgencias

FECHA			DETALLE
DIA	MES	AÑO	
28	06	04	Ronbolic fetal. - reactiva
		18+30	- C.B: 140x'
			- Variabilidad 130x' - 160x'
			- No deceleraciones
			- No actividad
			2/ signos de dolor, y control estables.
28	06	04	Valoracion
		22+30	3/ - Aumento de actividad urena 3-4/10-15
			- Movimiento fetal (+)
			- Amniotico (-)
			- Sangrado (-)
			- Uteroparox (-)
			0/ Activa, hidrotica, constante TA: 100/70 FC: 72x'
			FC: 144x' - 156x'
			TD: D: 4cm B: 60% creclio, membranas
			interior chorreado.
			2/ Hospitalizar UOM.
29	06	04	Nota de parto
		7+10	Puede ser pre y antepre y bajo aortico local de reactiva
			episiotomia media lateral. Se atiende con vaginal externa
			de obtiene reactiva nacido vivo femenino (7:10 am) Apgar: 9-10-10
			P: 3150gr Talla: 49cm PC: 33.5cm Pt: 32cm. Puntaje de
			habitual del cord. Alumbriado tipo schultze completo
			a los 10min.. Bajo aortico local de reactiva episiotomia
			en cefal 3-D. Sangrado 2200cc. Sin complicaciones.
			Algunas conja
			PN: succo (+) diuretic (+) reactiva (+)
			2/ UOM:



### A. IDENTIFICACION

HOJA No.

HOJA No.	
1er Apellido	No. HISTORIA CLÍNICA
2do Apellido (o de Casada)	Nombres
SERVICIO	Nº DE CAMA
SALA O CUARTO	

## B. PRESCRIPCIÓN Y ORDENES

[illegible]

DIA	MES	AÑO	HORA	PRESCRIPCIONES Y ORDENES (Firma y Código del Responsable)	FIRMA Y CODIGO DE QUIEN HACE CUMPLIR LA ORDEN
		→		(5) 3/8 Hemoconcentración (6) 30-40 1200 <u>Ceado</u>	
30	VI	04	5:30am	1. SS Bihimbina RN; <u>San Juan</u> 9100 52848.924	
30	6	4	23	1. Fototerapia del RN 2. leche materna a libre demanda 3. Protección ocular de dentado 4. Nuevo control bilirrubinas materna 5. RDA líquida	
17	4	6		1. Dieta corriente 2. suspender lev. 3. Alta a la madre 4. ORDENES RN: - Fototerapia, continua - Leche materna libre demanda - SS bilirrubinas, materna - Protección ocular de dentado - control termico c/4 horas 5. RDA líquida	

A. IDENTIFICACION

HOJA No.

1er Apellido	2do Apellido (o de Casada)	Nombres	No. HISTORIA CLINICA
Basto	Ortega	Anna Julia	014159
SERVICIO		SALA O CUARTO	
Hospitalización		Nº DE CAMA	

B. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

DIA MES AÑO		HORA DE ADMINISTRACIÓN											
MEDICAMENTOS VIAS, DOSIS E INDICACIONES													
Amox 500a a	82:41	94											
Orlino													
Piliger 500 cc + 5 ul	720												
oxitocina en 600													
240 a/o 500a	23												
Amoxicilina f 170.	8	14	2										
ib c/b.		20											
Diclofenaco acf	9												
I.M.													
Piliger 500 cc + 5 ul	9												
oxitocina a 100 cc/h													
Ceftriaxona Comedo 1													
Atenolol 100													
Atenolol 12H.													
Monetone sup. 1													
Acid Metolico 1													
WD124													
Hemoglobina													
Alco 1													
Indometaco 1													
Termometro 1	21												
Fototerapia Inicio	23												
FIRMAS	1er. Turno	Carril.											
	2do. Turno	Carril.											
	3er. Turno												



# SIGNOS VITALES

## A-IDENTIFICACION

HOJA Nº

Nº HISTORIA CLINICA

1º. APELLIDO

2º. APELLIDO (O DE CASADA)

NOMBRES

SERVICIO

SALA O CUARTO

Nº DE CAMA

## B-SIGNOS VITALES

DIA HOSPITALARIO

DIA POST-OPERATORIO

DIA-MES-AÑO

11-28-04

29

30-06-04

1

02-07-04

03-07-04

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.

A.M.

P.M.

200

190

180

170

160

150

140

130

120

110

100

90

80

70

60

50

41°

40°

39°

38°

37°

36°

35°

RESPIRACIONES

PE SO (Kgs)

Nº DE POSICIONES

LIQUIDOS EN 24 HORAS

RECIBIO

ELIMINO

BALANCE

OBSERVACIONES :

# EVOLUCION

### A. IDENTIFICACIÓN

HOJA No.

1r. APELLIDO		2do. APELLIDO (O DE CASADA)		NOMBRES		No. HISTORIA CLINICA	
Castro		Corteza		Cruz Julia		014159	
EDAD		SEXO		Hospital			
15		H <input type="checkbox"/> : M <input checked="" type="checkbox"/>					
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	0001	<p>22:30 Vuelo nocturno por Puerto al, punto de encuentro por impetu delos de parto Primer hijo 750 59K Voluta: 15 avt 365 m / 110/60 Valbrado no ruido de feto que dice tener 4 con el <del>de</del> una dilatam muchos veces. Oculum 10x los pulso.</p> <p>23 De Comptz a casa y se lleva a la p la 2 am — Otra Pulso 2</p> <p>23:5 Ingrese pte al servicio procedente de urgencias en Trabajo de parto con lee dilatación contracciones regulares 2 en 10 de 25" c/u. Se asigna la madre y se le continúa Lee, 4 AM TA 90/60 mmHg FC: 80 x1 FR 20 x1 T: 36.2 FCF 140 x1. Continúa con contracciones 3/10 dolorosa 35", 5 AM presenta ruptura de membranas líquidas claro, se ausculta el modo de turno. Se Recibe asistida comienza orientada con el FU miembro Superior. en — Trabajo Parto. 6 + 30 La usuaria se pasa a sala de parto ordenado para el dortan Guiton se hace acepia y realiza crisfel con dolor medido 7+10 con un apbom 7/10. Seccionando se.</p>

FECHA			DETALLE
DÍA	MES	AÑO	
29	06	2004	realiza Lavado gástrico y el agar. 8/10 las medidas 119 cm Talla EC 33 1/2 PT 32 con P 3450 gr se realiza ingesta unión al alimentarse T+25 se para a cuarto de hospitalización a 8:03. Estable con logros moderados a 12m Queda consciente oxitada con 1 EV. Paciente Reporte NDL Hemorragia RD vivo al igual consciente se formula diagnóstico de lactancia materna — Jorge. 29 06 004 12 horas de post parto con NEV para post parto exitoso succiona poluoclo. Sanguinolento parto al RN poco. artobio T 180/60 Temp. 36.5°C FC 90 el RN. Succión bien. Vientro. Sanguí- do de la madre poca cantidad succiona en casa calmado. con 1 EV. Lactancia mucha oxígeno NDL — 29 06 2004 18h: Recibo pte de partes en post parto de 12 hrs de evolución abata, hidratada, debilita con líquidos venosos ringa 200 a 400 cc de succionar. Colica en dorso de cuello derecho, sin dolor, con sangrado vaginal escaso 20h: SV TA 100/60 mmHg PC 92%. T 36°C FR 20w no dolor no sangrado RN se coloca al pecho porque bien. pte en la noche durmió bien de dolor ocasional tipo cólico, no fiebre, sangrado vaginal escaso, se pasa a lactancia materna reduciendo y succionando bien. SV TA 100/60 mmHg FC 80%. T 36°C FR 20w queda en la unidad con líquidos venosos ringa sin succionar a 100 cc/h. Refuerzo a su madre dos veces observando poco cansado. — CU — 30 06 004 6 am. Llega pte en la unidad a postar- to junto al RN. con 1 EV. Sangrado abundante bien



# EVOLUCION

## A. IDENTIFICACIÓN

HOJA No. \_\_\_\_\_

1er. APELLIDO		2do. APELLIDO (O DE CASADA)		NOMBRES	
Castro		Ortega		Ana	
No. HISTORIA CLINICA					
014159					
EDAD		SEXO		SERVICIO	
15		H <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>		Hospital	
Años	Meses	Días	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	
30	VI	04	<p>Materna 1 Dx. Puérpicio fisiológico</p> <p>S/T Diuresis (H) deposición (-) lactancia (+)</p> <p>Al BCG FC 92x1 FR 20x1</p> <p>cyc Normal Torax Senos blancos, secretantes</p> <p>Al Normal Abd Bolo seguridad umbilical, toquios escasos hemáticos no fétidos.</p> <p>Al Evolución satisfactoria</p> <p>Al Salido posterior a bilirrubinas RN.</p>
30	VI	04	<p>Materna 1 Dx. Puérpicio fisiológico</p> <p>S/T Diuresis (H) deposición (-) lactancia (+)</p> <p>Al BCG FC 140x1 FR 32. tint icterico en cabeza y torax anterior, caput succedaneum, fontanelas normotensas, Torax Al Normal Abdomen mueron umbilical normal. Eutemero Ext Normales</p> <p>Al Paciente con tint icterico que aparece en las primeras 24 horas.</p> <p>Al SS Bilirrubinas y alt dependiendo resultado salido</p>

ALTA

FECHA			DETALLE
DIA	MES	AÑO	
17	04		<p>dx: 1. postparto normal 2. ictericia fisiologica RD. 3. caput succedaneum</p> <p>s: ictericia en RD. tolera via oral. Diuresis + Deposic</p> <p>O: Buerda condicional de dextro. dextro hidratado. FR 36 x Fe 130 x L. Mucosas ictericas y mucosas. No hay no soplos. MV limpio. Abdomen blando, no doloroso. No mecha.</p> <p>Act. Fototerapia</p> <p>Bilirubinas - total: 17,1 - ind: 16,3 - dir: 0,8.</p> <p>pte. ch</p>
			<p>⇒ Madre</p> <p>s: Asintomatica</p> <p>O: Buerda condicional de dextro. dextro hidratado. No soplos. MV limpio. Abd bln.</p> <p>Act: Atte → madre</p> <p><i>[Signature]</i></p>
02	07	04	<p>Pte 3 dias edad. 3 dia Hx</p> <p>⇒ madre refiere disminucion tinte icterico. Diuresis (+) Deposicion (+) tolera via oral</p> <p>O: Metros reactivo EC 140x FR 40x</p> <p>C-mucosa oral hueda, leve tinte icterico a nivel facial.</p> <p>U/p de c. de sin soplos. Lb de sin acregados</p> <p>Abd: blando no morsa mucha umbilical sin secrec.</p>

## EVOLUCION

### A. IDENTIFICACIÓN

HOJA No. \_\_\_\_\_

1er. APELLIDO		2do. APELLIDO (O DE CASADA)		NOMBRES		No. HISTORIA CLINICA	
Castro Vitego		Cruz Juleo				14159	
EDAD		SEXO		SERVICIO		SALA O CUARTO	
15		H <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>		Hosp. L.			
Años	Meses	Días			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
JA	MES	AÑO	
2	00	00	<p>pte de anestesia, el niño lo que cromociales, RN secciona, el niño Un poco precedido valoración paradi de RN. Ocho 12h: Paciente en unidad de cama, controlado en pos-parto por el día con los signos sangrados de tipo normal, no hubo a ella bien, salida después del repor te de laboratorio (bilirrubina) suspende salida, RN se observa activo, no olivia, ni meconio, T36.5°C FC120x FR280x, Hada TA90/60mmHg T.36°C ZC7x FR20x Queda en unidad con 1er - a / a y - - - - -</p> <p>18h Recibe en unidad conciente orientado con RN vivo se observa el RN con Tolerancia a la valoración de la dra. Ling para ordena pasar la RN a fototerapia 22h al igual se transfiere la madre para lactancia materna durante la noche asusuranta y permanece en fototerapia se observa estable - fh Queda - susurria en incubadora</p>



FECHA			DETALLE
DÍA	MES	AÑO	
1	07	04	<p>con fototerapia acompañada por madre para Lactancia Materna queda conciente orientada afebril con signos Vitales — FC 140 FR 80 T° 36 la madre — presenta un leve sangrado</p> <p>6 AM niño en incubadora clíptica conciente con terapia sub al. madre se observa — despert. 10 AM T: 37.5° FC 120X</p> <p>8 PM 68X eliminó st no deposición, acceso en incubador con fototerapia continuo 8 PM 12 M niño en la cuna el cuer lo estar aumentando, persiste fototerapia</p> <p>8 AM Niño permanece en incubadora con fototerapia. De eliminó, No dep manifestada acompañante, sig Temp. 36.0° FC 124X</p> <p>12 PM 68X quedo en la cuna unido a</p>
01	07	2004	<p>18 h. Recibo RN en cuna junto a su madre recibiendo lactancia materna, observándose con ictericia generalizada con unión umbilical en proceso de cicatrización; afebril, deprim. — 46</p>
02	07	2004	<p>5 AM. quedo. Usuario en fototerapia con Corter. PASO Buena noche no eliminó hizo deposición NO presenta nada en especial se observa en Reupracur T 36.5. FC 144X' FR 56X — LIBRO</p>
02	07	04	<p>6 AM pte en la cuna unido afebril en fototerapia</p> <p>8:45 y toma multímeros de peso al laboratorio pndente report. pte ungiere V.O. lactancia materna. la vesícula refiel gran elido no dep. T° 36.5° FC 140X' FR 60X' se mantiene en fototerapia con</p>
02	07	2004	<p>12 AM Recibo RN en incubadora en fototerapia con ictericia generalizada, unión umbilical en proceso de cicatrización se observan con distensión abdominal</p>

A. IDENTIFICACIÓN

HOJA No. \_\_\_\_\_

1. APELLIDO		2. APELLIDO O DE CASADA		NOMBRES		No. HISTORIA CLÍNICA	
Cortés		Ontse		Ana Julia		014199	
EDAD		SEXO		INICIACIÓN DE LA ATENCIÓN		FINALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN	
1		H <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>		FECHA		FECHA	
AÑO MESES DÍA		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO	
		20 06 04		30 06 07		10 06 07	
		Servicio		Servicio		Servicio	

B. DIAGNOSTICO, PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

① Puérpelo Normal

② Recien nacido femenino

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS:

Atención integral de parto

TRATAMIENTOS:

LEV - oxibene - Anestesia - Dilatación - Parto

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 o pariente en trabajo de parto por cesárea, se han realizado  
x citada parto vaginal anterior, recién nacido vivo femenino,  
adaptación espontánea e inmediata. Puérpelo Normal, se de salida  
con padre, seguir de dar de control.  
Vital: NO afectado Rh recién nacido A +

*[Firma]*

A. IDENTIFICACIÓN

HOJA No. \_\_\_\_\_

1. APELLIDO		2. APELLIDO O DE CASADA		NOMBRES		No. HISTORIA CLÍNICA	
Cortez		Ortiz		Ana Julia			
EDAD	SEXO	INICIACIÓN DE LA ATENCIÓN		FINALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN			
15	H <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	FECHA		FECHA			
AÑO MESES DÍA		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO			
15 05 04		25 05 04		30 06 04			
		Servicio		Servicio			

B. DIAGNÓSTICO, PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

- 1. Embarazo Normal
- 2. Embarazo Normal (11 semanas)

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS:

placenta integral de 100%

TRATAMIENTOS:

100% - 100% - 100% - 100% - 100%

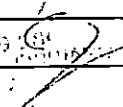
C. ORDENAMIENTO

- 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 a 36 semanas de gestación por cesárea de 100%  
señalando la placenta integral de 100%  
con la placenta integral de 100%  
con la placenta integral de 100%





## A. IDENTIFICACIÓN

Cusko		H. Ana Julia		No. HISTORIA CLÍNICA	
1er. APELLIDO		2. APELLIDO O DE CASADA		NOMBRES	
EDAD	SEXO	INICIACIÓN DE LA ATENCIÓN		FINALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN	
4	H <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	FECHA 29 06 01 DÍA MES AÑO		FECHA 07 07 01 DÍA MES AÑO	
AÑO MESES DÍA		Servicio		Servicio	

## B. DIAGNÓSTICO, PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO

## DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Icteria neonatal.

## PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS:

## TRATAMIENTOS:

Fototerapia

## C. ORDENAMIENTO

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

Foto de 1º gestación q. ha estado x 1/2 de parto anterior, sin complicaciones, con 24 hrs. de vida. Al momento actual, coloración ictericia, sin hemorragias q. se han: BT 12.1 BD 0.5 BI 16.3

Se inicia Fototerapia con luz blanca adecuada en sala de neonatos. Actualizado con: BT 15.3 BI 14.5 B: 1.5. Anticuerpos en 33%.

Se recomienda:  $\oplus$

Almado a informe clínico de Dr. Salda

JOSE CARDENAS  
MEDICO CIRUJANO  
UNIVERSIDAD NACIONAL  
C.N. 70-11-335

SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
SUBSISTEMA DE INFORMACION

# REMISION DE PACIENTES SOLICITUD

REGISTRO MEDICOS  
SIS - 412 - A

## A. IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES

DE: Puerto Solod pto Lozada	A: Hospital Local San Rafael
-----------------------------	------------------------------

## B. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

1er. APELLIDO: Castro		2o. APELLIDO (O DE CASADA): Ortega		NOMBRES: Ana Julia		No. HISTORIA CLINICA EN LA INSTITUCION QUE REMITE	
EDAD: 15 años		SEXO: H <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>		RESIDENCIA HABITUAL (Dirección, localidad, sección del país): Abta. pto Lozada		No. HISTORIA CLINICA EN LA INSTITUCION QUE RECIBE	
PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (NOMBRE Y RELACION DE PARENTESCO):						TELEFONO	
RESIDENCIA ACTUAL (DIRECCION, LOCALIDAD, MUNICIPIO, SECCION DEL PAIS):							

## C. SOLICITUD DE ATENCION

FECHA DE REMISION			SERVICIO AL QUE SE REMITE
12	05	104	
DIA	MES	AÑO	

## D. ORDENAMIENTO

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

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

Marilyn Sazuki Bautista  
Dra de enfermería

# EVOLUCION

## A. IDENTIFICACIÓN

HOJA No. \_\_\_\_\_

1er. APELLIDO <b>Castro</b>			2do. APELLIDO (O DE CASADA)			NOMBRES <b>H/ Ana</b>			No. HISTORIA CLINICA <b>014159</b>		
EDAD <b>15</b>			SEXO H <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>								
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			DETALLE
DIA	MES	AÑO	
02	07	04	<p>Continuación</p> <p>Ext: Caderas estables</p> <p>Neut: mozo (+) Sg. (A) Punsien (+)</p> <p>Borquera (+) Robinsky (+)</p> <p>Dx ① Ictericia Monata</p> <p>② Incompatibilidad Grupa</p> <p>2/ Pte con ictericia, Ictericia, no signos</p> <p>hipoglucemia o dehemorragia neurológica</p> <p>por lo cual 5/5 Bilirrubina 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>
03	07	04	<p>Fuente 304</p> <p>Paciente de 95 horas de nacido</p> <p>vx ① Ictericia profunda.</p> <p>② Incompatibilidad de Grupa</p> <p>2/ Tolerancia a la glucosa, bilirrubina (+) desproporcionada (+)</p> <p>Febril (-) deca el mono</p> <p>0/ Activo, reactivo, hinchado FC: 140x FN: 36x</p> <p>T: 37.2 → Continúa</p>



FECHA			DETALLE
DIA	MES	AÑO	
			<p>Yc - Disminucion marcada de ictericia en escleroc, heces.</p> <p>Piel - No ictericia en piel de cuello, tórax.</p> <p>En campo pulmonar limpior</p> <p>Abdomen: blando, depresible no dolor</p> <p>Pruebas: Rons (+), Jctm (+), pñiles (+), Activa</p> <p>A/ Se trata con inyección de grupo y de rona 1/6 de ictericia secundario para mente con BT: 17.1 BT: 16.3 índice icterico: 0.5 en politemia activa con un total de BT: 20.9 BT: 19.4 índice: 0.2 con agonia clínica de su ictericia. Sin embargo por BD no tener a disminuir, por tal razón ser CH - reabsorber - Hb - Hs para obtener resultado.</p>
			<p>11/00 se hacen pruebas y se obtiene.</p> <p>- Retrolitos 33%</p> <p>- BT 16.3 (4.6 respecto ayer)</p> <p>Mejora clínica, reman a disminuir, pero icterico disminuido para mente</p> <p>M. holder</p>
			<p>JOHANNES MEDINAS GOMEZ MEDICO CIRUJANO UNIVERSIDAD NACIONAL C.C. 79.957.335</p>

# EVOLUCION

## A. IDENTIFICACIÓN

HOJA No. \_\_\_\_\_

Apellido: <i>Castro</i>			2do. APELLIDO (O DE CASADA): <i>Ortega</i>			NOMBRES: <i>Hijo de Ana Julia</i>			No. HISTORIA CLINICA <i>014159</i>		
EDAD			SEXO H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>								
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	
01	07	2004	14h: Temp 36.8° 16h Temp 36.8° C/L se le da recomendación a la madre sobre cuidados higienicos baño general. viene en la tarde al consultorio de (H) mecano recién y tubo lactancia materna RC 120 x T 36.8° FR 48x C/L
02	07	00	18h. niño en incubadora después con cub. con fototerapia suspendida de la madre. 20h. T <sup>re</sup> 36.5°C 24h. T <sup>re</sup> 36.6°C pte ingiere V.O. leche materna y acepta dormir, elino, no dep. Queda en fototerapia. C/L normales C/L
03	07	04	6h. Recibo usuario en fototerapia Estable se toma bilirrubinas C.H + Reticulocitos 12m. Queda usuario en incubadora estable con fototerapia - Jorge -
03	07	04	Recibo usuario en fototerapia estable, almor pando con su madre. yena A + 18h. niño en cuna en incubadora, observando deseo ingiere en lactancia general. succion de leche, 19h se da leche y sigue bueno y recomiendo es M CRU #54257 - 2

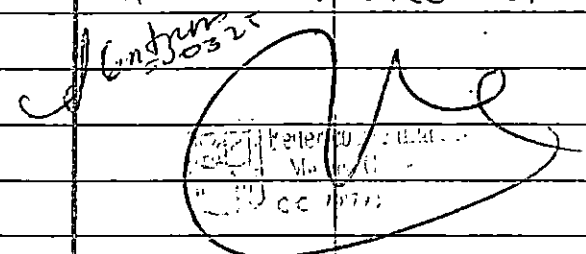
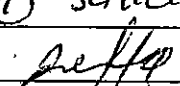

FECHA			DETALLE
DIA	MES	AÑO	
19	05	008	Usuaría fue valorado x Dr. Una quien ordena retiro del Div. y a la vez seguir control de Planificación con Anovokston se da una cpa para comentar y se explica como debe tomarselas y volver el 09-junio 00 Aux-Hartha
09	06	008	Usuaría que asistió al CPF "A6" refiere sentirse bien con el método. Se dan recomendaciones generales nueva cita y dos sobre AG cito julio 28-008 Aux-Melli-
29	07	08	Usuaría que asiste a control de PF con "A0" manifiesta sentirse bien con dicho me todo <del>se</del> no se observan manchas en la cor ni matices se dan recomendaciones recomendaciones generales cita de control sept 29 2008 MARIA MARTINEZ

# ORDENES MEDICAS

## A. - IDENTIFICACION

1er. APELLIDO <u>Castro</u>		2do. APELLIDO (O DE CASADA)		NOMBRES <u>H. ANA</u>		No. HISTORIA CLINICA <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							
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 ✓ Incubadora 1 <sup>o</sup> Neotro ✓ Protección ocular y genital ✓ Foterapia continua ✓ Coroa termica ✓ S/S Bilirrubinas ✓ Ausidar medico resultados 0/0! ✓ 	
03	07	04	06:00	① L. materna e libre demandas ② Fototerapia continua ③ Protección ocular y genital ④ Coroa termica ⑤ S/S CH - Bilirrubinas - Retrolactor ⑥ CUV - AC Rdo lit 10.20 am. 16:00 ① Subida 	 MEDICO CIRUJANO C. C. 79.997 333



44

PULSO - P.A. 200	TEMP. Y RESP.
90	60
80	50
70	40
60	30
50	20
40	10
30	
20	42°
10	41°
00	40°
90	39°
80	38°
70	37°
60	36°
50	35°
40	34°

3

SIGNOS VITALES

75  
-13

A- IDENTIFICACION

HOJA Nº

1er. APELLIDO		2o. APELLIDO (O DE CASADA)		NOMBRES		Nº HISTORIA CLINICA	
SERVICIO		SALA O CUARTO		Nº DE CAMA			

B-SIGNOS VITALES

DIA- HOSPITALARIO																		
DIA- POST-OPERATORIO																		
DIA- MES - AÑO		02-07-01																
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 :																		

# ATENCION GENERAL

A- IDENTIFICACION

HOJA N°

Nombre		Edo. Apellido (de conuqul)		Nombre		N° HISTORIA CLINICA	
E D A O		SEXO					
AOS MESES DIAS		H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Servicio		Solo o cuarto	
						N° DE Cama	

## B- ORDENAMIENTO

<p>1. FECHA (DIA, MES, AÑO)</p> <p>2. ANAMNESIS:</p> <p>1. MOTIVO DE CONSULTA.</p> <p>2. ENFERMEDAD ACTUAL.</p> <p>3. ANTECEDENTES FAMILIARES.</p> <p>4. ANTECEDENTES PERSONALES.</p> <p>a) FISIOLOGICOS b) PATOLOGICOS c) QUIRURGICOS d) GINECO-OBSTETRICOS e) MENTALES</p> <p>f) VACUNACIONES g) TOXICO ALERGICAS</p> <p>h) TRANSFUSIONES i) TRAUMATICOS.</p> <p>5. REVISION POR SISTEMAS.</p>	<p>6. EXAMEN FISICO</p> <p>1. SIGNOS VITALES: PESO, TALLA PULSO, RESPIRACION, TEMPERATURA PRESION ARTERIAL.</p> <p>2. ESTADO GENERAL</p> <p>3. PIEL Y SUBCUTANEO</p> <p>4. CABEZA OJOS, OIDOS, NARIZ Y GARGANTA.</p> <p>5. CUELLO.</p> <p>6. APARATO RESPIRATORIO.</p> <p>7. APARATO CARDIO VASCULAR.</p> <p>8. APARATO GASTRO-INTESTINAL.</p> <p>9. APARATO GENITO-URINARIO.</p>	<p>10. EXAMEN GINECOLOGICO.</p> <p>11. TACTO RECTAL</p> <p>12. APARATO LOCOMOTOR</p> <p>13. EXAMEN NEUROLOGICO.</p> <p>14. EXAMEN GANGLIONAR</p> <p>E. IMPRESION DIAGNOSTICA</p> <p>O DIAGNOSTICO DEFINITIVO.</p> <p>F. PRONOSTICO.</p> <p>G. CONDUCTA A SEGUIR</p> <p>H. FIRMA Y CODIGO DEL MEDICO, QUE PRESTA LA ATENCION</p>
--	---	---

15-03-05

Peso 47 Kg Edad 16 años FA B. 4

PC: Hacer. Boredea. Planif.

EA: Casos de 20 dias de

Hacer. Boredea. Planif.

FUP: 29/06/04 FUR: 12/03/05 Planif. present.

Ef: paciente alerta orientado.

PC 180x. FUR 20x

CP (-)

CP (-)

Abd Dep. no dolor

Ext no ed

neum. si separa

Tb: sind. bacter.

7/ Sifto. ferrosa.

Adenocarc.

Acido Adenobico.

5) Grev. des.

CEFAZOLINA  
M. CO General

16-03-05

Peso: 46 kg Edad: 16 años HA 96  
Paciente llamada en repetidas  
ocasiones.

Ultimo llamado: 14+30

No contesta al llamado

CAROLINA RIVERA  
MEDICO GINECOLOGO  
C.R. 52.886.544 S.S.O.  
HOSPITAL DE SAN JOSE S.C.S.

Gravidez negativa

Marzo 17-05 Usuario se le realiza inserción de DIU  
sin complicaciones, fue valorado por el Dr. Fajardo quien, según  
la hoja de planificación familiar, se da consejería y cita para abril - Abc  
14-05. Usuario asiste a CPF se revisa DIU observando  
bien los hilos, refiere estar satisfecha con dicho método. - Abc

Agosto 1-05. Usuario asiste a CPF el cual obtiene para  
el 14 de Julio se revisa DIU se observa bien los hilos  
Sangrado menstrual moderado, dice que le descontra el  
ciclo menstrual. Se da indicaciones se cita 10 días después  
del periodo para controlarse, se cita para dic 30-05. - Abc

22+12/05: Se realiza CPF a Usuario, observándose  
bien de DIU, se dan recomendaciones y valores,  
se asigna nueva cita. - Abc

14-8/7 Usuario que no acude al control  
de PF Ediz



No. HISTORIA CLÍNICA	
----------------------	--

# NOMBRES

1- FAMILIARES

	SI	NO	NO SABE
4. HEPATOPATIAS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. TUMORES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. MENTALES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FECHA:        
DÍA MES AÑO

PRIMARIA INCOMP.	<input type="checkbox"/>
PRIMARIA COMPLETA	<input type="checkbox"/>
SECUN. INCOMP.	<input type="checkbox"/>
SECUND. COMPLETA	<input type="checkbox"/>
UNIVERSITARIA	<input type="checkbox"/>
OTRA (Cuál)	<input type="checkbox"/>

**TERMINACIÓN DEL EMBARAZO**

No. DE HIJOS

## VIVOS ACTUALMENTE

**OBSERVACIONES:**

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

SI  
NO

FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
2026
2027
2028
2029
2030
2031
2032
2033
2034
2035
2036
2037
2038
2039
2040
2041
2042
2043
2044
2045
2046
2047
2048
2049
2050
2051
2052
2053
2054
2055
2056
2057
2058
2059
2060
2061
2062
2063
2064
2065
2066
2067
2068
2069
2070
2071
2072
2073
2074
2075
2076
2077
2078
2079
2080
2081
2082
2083
2084
2085
2086
2087
2088
2089
2090
2091
2092
2093
2094
2095
2096
2097
2098
2099
2100
2101
2102
2103
2104
2105
2106
2107
2108
2109
2110
2111
2112
2113
2114
2115
2116
2117
2118
2119
2120
2121
2122
2123
2124
2125
2126
2127
2128
2129
2130
2131
2132
2133
2134
2135
2136
2137
2138
2139
2140
2141
2142
2143
2144
2145
2146
2147
2148
2149
2150
2151
2152
2153
2154
2155
2156
2157
2158
2159
2160
2161
2162
2163
2164
2165
2166
2167
2168
2169
2170
2171
2172
2173
2174
2175
2176
2177
2178
2179
2180
2181
2182
2183
2184
2185
2186
2187
2188
2189
2190
2191
2192
2193
2194
2195
2196
2197
2198
2199
2200
2201
2202
2203
2204
2205
2206
2207
2208
2209

13	03	05
DÍA	MES	AÑO

## TRASTORNOS MENSTRUALES

SI ☐

~~NO~~

**TIPO:**

HA USADO ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO ANTES DE ESTA CONSULTA

SI ☐NO ☐

TIEMPO DE UTILIZACIÓN	
DE:	A:

PRESCRITO EN

MINSALUD	PROFAMILIA	OTRO	NINGUNO
----------	------------	------	---------

## PROBLEMAS

C. EXAMEN FÍSICO

1. PESO <u>47</u>	3. MAMAS NORMALES <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	7. ÚTERO Y ANEXOS NORMALES <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. TENSIÓN ARTERIAL <u>90/40</u>	4. SIGNOS DE EMBARAZO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	8. MIEMBROS INFERIORES EDEMA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	5. No. DE SEMANAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	VARICES <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	6. CERVIX NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	9. OTROS HALLAZGOS (Cuáles) _____

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

D. EXÁMENES PRACTICADOS

PRUEBA DE EMBARAZO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	RESULTADO <u>Negativo</u>	FROTIS DE FLUJO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CITOLOGÍA CERVICO-VAGINAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	RESULTADO _____	OTROS _____

E. RIESGO REPRODUCTIVO

ALTO ☒

MEDIO ☐

BAJO ☐

F. MÉTODO ADOPTADO

PÍLDORA <input type="checkbox"/>	D.I.U. <input checked="" type="checkbox"/>	INYECTABLE <input type="checkbox"/>	ESTERILIZAC. <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>	FECHA DÍA MES AÑO	ATENDIDO POR MÉDICO <input type="checkbox"/> ENFERMERA <input type="checkbox"/> AUXILIAR <input type="checkbox"/>
(Cuál)	(Cuál) <u>TCU</u>	(Cuál)	(Cuál)	(Cuál)		

G. CONSULTAS - CONTROLES ENFERMERÍA

DÍA - MES - AÑO	17-3-05	18-4-05	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	Amargo		
SÍNTOMAS URINARIOS		—	NO	NO		
CITOLOGÍA				Normal		
RESULTADO				Agosto 2005		
FECHA						
RIESGO REPRODUCTIVO						
CAMBIO DE MÉTODO						
CUAL						
FECHA						
REMISIÓN A:						
FECHA PRÓXIMA CITA		11/05/05	01/03/05	23/06/05		
ATENDIDO POR		10/01/05	10/01/05	10/01/05		

# ATENCION GENERAL

## A. IDENTIFICACION

HOJA No. \_\_\_\_\_

1er APELLIDO <i>Costo</i>		2. APELLIDO O DE CASADA <i>Costo</i>		NOMBRES <i>Ana Julia</i>		No. HISTORIA CLINICA	
EDAD		SEXO H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		SERVICIO		SALA O CUARTO	
AÑO MESES DIA						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) FISIOLÓGICOS b) PATOLÓGICOS c) QUIRÚRGICOS  
d) GINECO, OBSTÉTRICOS e) MENTALES  
f) VACUNACIONES g) TÓXICO ALÉRGICAS  
h) TRANSFUSIONES i) TRAUMÁTICOS.

C. REVISIÓN POR SISTEMAS

D. EXAMEN FÍSICO

1. SIGNOS VITALES, PESO, TALLA
2. PULSO, RESPIRACIÓN, TEMPERATURA
3. PRESIÓN ARTERIAL
4. ESTADO GENERAL
5. PIEL Y SUBCUTÁNEO
6. CABEZA, OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA
7. CUELLO
8. APARATO RESPIRATORIO
9. APARATO CARDIO VASCULAR
10. APARATO GASTRO-INTestinal
11. APARATO GENITO-URINARIO

10. EXAMEN GINECOLÓGICO
11. TACTO RECTAL
12. APARATO LOCOMOTOR
13. EXAMEN NEUROLÓGICO
14. EXAMEN GANGLIONAR

- E. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA  
O DIAGNÓSTICO DEFINITIVO  
F. PRONÓSTICO  
G. CONDUCTA A SEGUIR  
H. FIRMA Y CÓDIGO DEL  
MÉDICO QUE PRESENTA  
LA ATENCIÓN

*16-05-06*

*Edad 16 a. peso 48 kilos 7 a 100 lbs*

*paciente con cuenta, de 2 meses de  
evolución; con leucorrea, prurito  
vulvar, y entre mu; de 10 días;  
manifestada con DTC.*

*61 POSOCO*

*Examen físico: CP normal*

*Examen normal,*

*genito urinario; UV: Secreción*

*gruesa, no fétida.*

*IM: Conductos vaginales*

*Plan: Clatrimazol - fluconazol*

*loli f. 13  
24/05/06  
550 684*

240606

to 80/60

End of 17.8. 1994  
Cefalea y mareos  
al examen faringe atópica.

Dr: Ruyto atópica.

Plan: deratadina

Dr. Ruyto atópica  
M.E.D.C.  
Reg. No. 2220

28/01/07

Plante. activado plumbago, con Plu, were  
para reusos, refusa f/yp ocular, corallifera.  
no gubon virus

Platocodons Pat(-) Bxc-1 Thc-1 Fx(-) Fm: 9800  
Fibers also 30x3, 67/60 14. Plumbago con Plu

Pl E F: TA: 120/90 Ec. Por: F2: 187

cc: Alvaros and huda e adon

Cl. P. C. a la RIR, in apogon

Eden. Plu d, d'apole, peddles RIR (1)

Extensid e edon

Parapetes, in L

TV: Cello Rater cond. se polin hils d Plu a  
Parapetes hithal, were no d'apole, in f/yp

Dr. Ruyto

Plumbago con Plu d

Plan: Cabel de plumbago, de da luyto d. d'apole  
y reusos

Dr. Ruyto Rodriguez O.  
M.E.D.C.  
Reg. No. 2220



# EVOLUCION

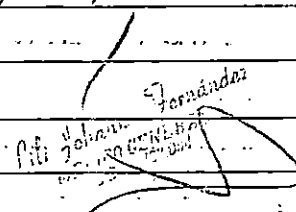
## A- IDENTIFICACION

HOJA No. \_\_\_\_\_

1. APELLIDO		2. APELLIDO DE CASADA		NOMBRES		Nº HISTORIA CLINICA			
EDAD		SEXO							
Años		Meses		Días		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		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 consulta por audio de memoria a nivel global y conductas, historia a entrevista con el paciente. Intelecto: pérdidas de conocimientos memoria en.
1			Examen físico: m: 110/70 p: 70 v: 120 c/p: normal c/p: normal balance normal
			10x: auscultación
			psi: normal 163 0/12-4
			

JAP  
SS0858



# HOSPITAL SAN RAFAEL

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (E.S.E.)

NIT. 891190011-8

REGISTROS MEDICOS  
SIS - 405

## A. IDENTIFICACION

## ATENCION EN PLANIFICACION FAMILIAR

<u>CASTRO</u>	<u>DUEÑA</u>	<u>DANIELA</u>	No. Historia Clínica
Primer Apellido	Segundo Apellido (o de Casada)	Nombres	

## B. ANTECEDENTE

### 1. FAMILIARES

	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE
1. HIPERTENSION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. HEPATOPATIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. TUMORES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. CARDIOPATIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. MENTALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. PERSONALES

	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE	ESCOLARIDAD
1. HIPERTENSION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. MENTALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. INFECCION PELVICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA INCOMP. <input type="checkbox"/>
3. CARDIOPATIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. INFECCION CERVICAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA COMPLETA <input type="checkbox"/>
4. HEPATOPATIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. FLUJO VAGINAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SECUND. INCOMP. <input type="checkbox"/>
5. NEFRITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. CIRUGIA GINECOLOGICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SECUND. COMPLETA <input type="checkbox"/>
6. TUMORES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UNIVERSIDAD <input type="checkbox"/>
7. TROMBOFLEBITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. RESULTADOS CITOLOGIA PREVIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTRA (CUAL) _____
8. FUMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
CUANTOS DIARIOS _____				FECHA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					DIA	MES	AÑO	

### 3. HISTORIA DE EMBARAZOS ANTERIORES

Numero de Orden	TERMINACION DEL EMBARAZO					PRODUCTO		No. DE HIJOS VIVOS ACTUALMENTE <input type="checkbox"/>
	AÑO DE TERMINAC	MES DE GESTACION	PARTO VAGINAL	CESAREA	ABORTO	NACIDOS VIVOS	NACIDOS MUERTOS	
								OBSERVACIONES:

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

### 4. HISTORIA MENSTRUAL

CICLO REGULAR	SI <input type="checkbox"/>	FECHA ULTIMA MENSTRUACION			TRASTORNOS MENSTRUALES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>				
	DIA	MES	AÑO	TIPO	

### 5. HISTORIA ANTICONCEPCIONAL

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

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

### C. EXAMEN FISICO

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

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

### D. EXAMENES PRACTICADOS

PRUEBA DE EMBARAZO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	RESULTADO _____	FROTIS DE FLUJO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	RESULTADO _____	OTROS _____	

### E. RIESGO REPRODUCTIVO

ALTO <input type="checkbox"/>	MEDIO <input type="checkbox"/>	BAJO <input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

### F. MÉTODO ADOPTADO

PILDORA <input type="checkbox"/>	D.I.U. <input type="checkbox"/>	INYECTABLE <input type="checkbox"/>	ESTERILIZAC <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>	FECHA	ATENDIDO POR:
(CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	DIA MES AÑO	MEDICO <input type="checkbox"/> ENFERMERA <input type="checkbox"/> AUXILIAR <input type="checkbox"/>

### G. CONSULTAS - CONTROLES ENFERMERIAS

DIA	MES	AÑO	9/12/09	3-02-10	31-03-10	25-05-10	16-07-10	09-09-10	4-11-10
PESO(Kg)			49	49	50	48	49	48	51
TENSION ARTERIAL			100/60	100/60	110/70	107/70	100/60	110/60	100/60
MÉTODO UTILIZADO DESDE LA ÚLTIMA ATENCIÓN			A.O.	A.O.	A.O.	A.O.	A.O.	A.O.	A.O.
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	NO	NO	NO	NO	NO
RIESGO REPRODUCTIVO			NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
FLUJO VAGINAL			NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SÍNTOMAS URINARIOS			NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
CITOLOGÍA	RESULTADO								
	FECHA					15-01-2009			
DOLOR BAJO VIENTRE									
CAMBIO DE MÉTODO	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			CHAVE	PARA	DIA	ADA	MARIA	DIA	

<u>CASTRO</u>	<u>ANA DINA</u>	No. Historia Clínica
1er Apellido	2 do Apellido (o casada)	Nombres

B- ANTECEDENTE  
1. FAMILIARES

	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE
1. HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. HEPATOPATÍAS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. TUMORES	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. CARDIOPATÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. MENTALES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. PERSONALES

	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE	ESCOLARIDAD
1. HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. MENTALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA INCOMP. <input type="checkbox"/>
2. DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. INFECCION PELVICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA COMPLETA <input type="checkbox"/>
3. CARDIOPATÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. INFECCION CERVICAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SECUND. INCOMP. <input checked="" type="checkbox"/>
4. HEPATOPATÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. FLUJO VAGINAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SECUND. COMPLETA <input type="checkbox"/>
5. NEFRITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. CIRUGIA GINECÓLOGICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UNIVERSIDAD <input type="checkbox"/>
6. TUMORES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTRA (cual) _____
7. TROMBOFLEBITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. RESULTADO CITOLOGIA PREVIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. FUMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
CUANTOS DIARIOS _____				FECHA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				DIA		MES	AÑO	

3. HISTORIA DE EMBARAZOS ANTERIORES

Número de Orden	TERMINACIÓN DEL EMBARAZO						No. DE HIJOS VIVOS ACTUALMENTE	OBSERVACIONES
	AÑO DE TERMINAC	MES DE GESTACIÓN	PARTO VAGINAL	CESAREA	ABORTO	PRODUCTO NACIDOS VIVOS NACIDOS MUERTOS		
1	04	09	X			X		

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

HISTORIA MENSTRUAL

CICLO REGULAR	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN			TRASTORNOS MENSTRUALES	
			DIA	MES	AÑO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
						TIPO _____	

5. HISTORIA ANTICONCEPCIONAL

HA UTILIZADO ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO ANTES DE ESTA CONSULTA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
MÉTODO UTILIZADO	TIEMPO DE UTILIZACIÓN		PRESCRITO EN				PROBLEMAS
	DE:	A:	MINSALUD	PROFAMILIA	OTRO	NINGUNO	
DIU	2004	2008			X		data pánico



# C. EXAMEN FISICO

1. PESO <u>50</u>	3. MAMAS NORMALES <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	7. UTERO Y ANEXOS NORMALES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. TENSION ARTERIAL <u>120/80</u>	4. SIGNOS DE EMBARAZO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	8. MIEMBROS INFERIORES: EDEMA <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
	5. No. DE SEMANAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	VARICES <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
	6. CERVIX NORMAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9. OTROS HALLAZGOS (Cuáles) _____

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

## D. EXAMENES PRACTICADOS

PRUEBA DE EMBARAZO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	RESULTADO _____	FROTIS DE FLUJO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	RESULTADO _____	OTROS _____

## E. RIESGO REPRODUCTIVO

ALTO <input type="checkbox"/>	MEDIO <input type="checkbox"/>	BAJO <input checked="" type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------------	--

## F. METODO ADOPTADO

PILDORA <input type="checkbox"/>	D.I.U. <input type="checkbox"/>	INJECTABLE <input type="checkbox"/>	ESTERILIZAC <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>	FECHA _____	ATENDIDO POR: _____
<u>Enfermería + Lección 6m</u> (CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	DIA _____ MES _____ AÑO _____	MEDICO <input type="checkbox"/> ENFERMERA <input type="checkbox"/> AUXILIAR <input type="checkbox"/>

## G. CONSULTAS - CONTROLES ENFERMERIAS

DIA	MES	AÑO	19-05-08	09-06-08	29-07-08	28-10-08	13-12-08	19-06-09	07-10-09
PESO(Kg)					51K	50K	50K	49K	50K
TENSION ARTERIAL				100/60	110/70	100/60	110/70	100/60	110/70
METODO UTILIZADO DESDE LA ULTIMA ATENCION			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	N	NO
EDEMA				NO	N	NO	NO	NO	NO
VARICES				NO	N	—	NO	NO	NO
EXPULSION DISPOSITIVOS				—	—	—	—	—	—
RIESGO REPRODUCTIVO				—	—	—	4 —	—	ALTO
FLUJO VAGINAL				NO	N	L	—	—	—
SINTOMAS URINARIOS				NO	N	—	—	—	NO
CITOLOGIA	RESULTADO			(-)	NEGATIVO	—	—	—	—
	FECHA			Enero 2008	FEBRERO 2008	—	—	FE	—
DOLOR BAJO VIENTRE				1	—	1	—	—	—
CAMBIO DE METODO	CUAL			—	—	—	—	—	—
	FECHA			—	—	—	—	—	—
REMISION A				—	—	—	—	—	—
FECHA PROXIMA CITA				29-10-08	29-08	23-12	24-02	14-05	4-9-10
ATENDIDO POR				MARIA	MARIA	MARIA	MARIA	MARIA	MARIA



## C. EXAMEN FISICO

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

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

## D. EXAMENES PRACTICADOS

PRUEBA DE EMBARAZO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	RESULTADO _____	FROTIS DE FLUJO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	RESULTADO _____	OTROS _____

## E. RIESGO REPRODUCTIVO

ALTO ☐MEDIO ☐BAJO ☐

## F. METODO ADOPTADO

PILDORA <input type="checkbox"/>	D.I.U. <input type="checkbox"/>	INYECTABLE <input type="checkbox"/>	ESTERILIZAC <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>	FECHA	ATENDIDO POR:
(CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	DIA MES AÑO	MEDICO <input type="checkbox"/> ENFERMERA <input type="checkbox"/> AUXILIAR <input type="checkbox"/>

## 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
TENSION ARTERIAL			110/70	110/60	110/60	110/70	110/60	110/60	110/70
METODO UTILIZADO DESDE LA ULTIMA ATENCION			AD	AD	A-O	AD	AD	AD	AD
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	—	—	—	—	—	—
RIESGO REPRODUCTIVO			NO	—	—	—	—	—	—
FLUJO VAGINAL			—	—	—	—	—	—	—
SINTOMAS URINARIOS			—	—	—	—	—	—	—
CITOLOGIA	RESULTADO		—	PK	—	NO, NO	—	—	—
	FECHA		—	—	—	10-03-11	—	—	—
DOLOR BAJO VIENTRE			—	—	—	—	—	—	—
CAMBIO DE METODO	CUÁL		—	—	—	—	—	—	—
	FECHA		—	—	—	—	—	—	—
REMISION A			—	—	—	—	—	—	—
FECHA PROXIMA CITA			22-02-11	26-04-11	21-06-11	13-08-11	13-10-11	5-12-11	31-01-12
ATENDIDO POR			MARIA	DIDO	ANNEU	MARIA	AIDA	MIDO	DIDO



# HOSPITAL SAN RAFAEL

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

REGISTROS MEDICOS  
SIS-405

## A. IDENTIFICACION

## ATENCION EN PLANIFICACION FAMILIAR

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

## B. ANTECEDENTE

### 1. FAMILIARES

1. HIPERTENSIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO SABE <input type="checkbox"/>	4. HEPATOPATÍAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO SABE <input type="checkbox"/>
2. DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. TUMORES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. CARDIOPATIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. MENTALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. PERSONALES

1. HIPERTENSIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO SABE <input type="checkbox"/>	9. MENTALES	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO SABE <input type="checkbox"/>	ESCOLARIDAD
2. DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. INFECCIÓN PELVICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA INCOMP. <input type="checkbox"/>
3. CARDIOPATIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. INFECCIÓN CERVICAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA COMPLETA <input type="checkbox"/>
4. HEPATOPATIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. FLUJO VAGINAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SECUND. INCOMP. <input type="checkbox"/>
5. NEFRITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. CIRUGÍA GINECOLÓGICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SECUND. COMPLETA <input type="checkbox"/>
6. TUMORES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UNIVERSIDAD <input type="checkbox"/>
7. TROMBOFLEBITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. RESULTADOS CITOLOGÍA PREVIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTRA (CÚAL) _____
8. FUMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
CUANTOS DIARIOS _____				FECHA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
					DIA	MES	AÑO	

### 3. HISTORIA DE EMBARAZOS ANTERIORES

Número de Orden	TERMINACIÓN DEL EMBARAZO						PRODUCTO		No. DE HIJOS VIVOS ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	AÑO DE TERMINAC	MES DE GESTACIÓN	PARTO VAGINAL	CESAREA	ABORTO	NACIDOS VIVOS	NACIDOS MUERTOS		
									OBSERVACIONES:

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

### 4. HISTORIA MENSTRUAL

CICLO REGULAR	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN			TRASTORNOS MENSTRUALES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	DIA	MES	AÑO	TIPO		

### 5. HISTORIA ANTICONCEPCIONAL

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

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

### C. EXAMEN FISICO

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

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

### D. EXAMENES PRACTICADOS

PRUEBA DE EMBARAZO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	RESULTADO _____	FROTIS DE FLUJO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	RESULTADO _____	OTROS _____	

### E. RIESGO REPRODUCTIVO

ALTO <input type="checkbox"/>	MEDIO <input type="checkbox"/>	BAJO <input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

### F. MÉTODO ADOPTADO

PILDORA <input type="checkbox"/>	D.I.U. <input type="checkbox"/>	INJECTABLE <input type="checkbox"/>	ESTERILIZAC <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>	FECHA	ATENDIDO POR:
(CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	(CUAL)	DIA MES AÑO	MEDICO <input type="checkbox"/> ENFERMERA <input type="checkbox"/> AUXILIAR <input type="checkbox"/>

### G. CONSULTAS - CONTROLES ENFERMIAS

DIA	MES	AÑO	31 01 12	26 03 12	12.5.12	12 07 12	6-09-12	29-10-12	26-12
PESO(Kg)			50 kg	50 kg	49 kg	50 kg	50	52	49
TENSIÓN ARTERIAL			110/70	100/60	100/70	100/70	110/70	110/70	110/70
MÉTODO UTILIZADO DESDE LA ÚLTIMA ATENCIÓN			"AO"	"AO"	"AO"	"AO"	"AO"	"AO"	"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	NO	NO	NO	NO	NO
RIESGO REPRODUCTIVO			NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
FLUJO VAGINAL			NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SÍNTOMAS URINARIOS			NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
CITOLOGÍA	RESULTADO		negativo				negativo		
	FECHA		10-03-12				3-04-12		
DOLOR BAJO VIENTRE			NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
CAMBIO DE METODO	CUAL								
	FECHA								
REMISIÓN A									
FECHA PRÓXIMA CITA			26 03 12	22 05 12	12.5.12	6-9.12	29-10-12		17 12
ATENDIDO POR			MARIA	LAN	ALG	ALG	ALG	ALG	MARIA





# HOSPITAL SAN RAFAEL

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (E.S.E.)

NIT. 891190011-8

REGISTROS MEDICOS

SIS - 409

34

## A. IDENTIFICACION

## EVOLUCION

HOJA No. \_\_\_\_\_

CASTRO			ORTEGA		DANIELA		No. HISTORIA CLINICA
1er APELLIDO			2. APELLIDO O DE CASADA		NOMBRES		0174759
EDAD		SEXO					
AÑOS MESES DÍAS		H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		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			DETALLE
DÍA	MES	AÑO	

28	10	08	usuaria que asiste a control de pf con "AO" manifiesta sentirse bien con dicho método no se observa manchas en la zona ni varices se entregan anovulatorio (25 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 (2) de anovulatorio 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 (2) de anovulatorio se dan recomendaciones generales cita de control agosto 14. 109 MARIA MARTINEZ
08	10	09	usuaria que viene a control de pf con "AO" manifiesta sentirse bien con dicho método se entregan dos (2) de anovulatorio se dan recomendaciones generales cita de control diciembre 109 MARIA MARTINEZ
9	12	09	usuaria que viene a control de pf con "AO" manifiesta sentirse bien con dicho método se entregan dos (2) de anovulatorio se dan recomendaciones generales cita de control

FECHA			DETALLE
DÍA	MES	AÑO	
19	02	10	para el 3/02/09 se entregan dos sobres de A.O. — Cite V. S. S. S.
3	02	10	usuaria que viene a control de PF con "AO" manifestando sentirse bien con dicho método se entregan dos sellos "AO" recomendaciones generales cita de control marzo 31 (03) MARIA MARTINEZ.
31	03	10	Se realiza control de planificación a usuaria quien refiere satisfacción con el método no molestias se entregan 2 sobres de A.O. orales se dan recomendaciones generales y cita de control 25-05-10 Kida
25	05	10	Se realiza control de planificación a usuaria quien refiere satisfacción con el método no molestias se entregan 2 sobres de A.O. se dan recomendaciones generales y cita 16-07-10 Aída
16	07	10	usuaria que asiste a control de PF con "AO" manifestando sentirse bien con dicho método se entregan dos sellos "AO" manifestando sentirse bien con dicho método recomendaciones generales cita de control Septiembre 09-10 MARIA.
9	09	10	Se realiza control de planificación a usuaria satisfecha con el método se entregan 2 sobres de A.O. se dan recomendaciones y cita de control 3-11-10 Aída
4	11	10	usuaria que asiste al control pf con "AO" manifestando sentirse bien se entregan 2 sellos AO recomendaciones generales cita 28-12-10 para control — Oml
28	12	10	usuaria viene a control de PF con "AO" manifestando sentirse bien con dicho método se entregan dos sellos "AO" recomendaciones generales cita control 22-02-11 MARIA

**SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
SUBSISTEMA DE INFORMACION**

# EVOLUCIÓN

Hoia No.

### A. IDENTIFICACIÓN

A. IDENTIFICACIÓN										No. HISTORIA CLINICA									
CASTRO					DRIEGA					DANIELA					074759				
1er Apellido					2do Apellido (o de Casada)					Nombres									
EDAD			SEXO																
			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																
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 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 |                                |

## DETALLE

[illegible]

FECHA			DETALLE
DÍA	MES	AÑO	
22	02	11	Se realiza control de planificación a usuaria quien refiere satisfacción con el método no hormonal 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 Ardo
26	04	2011	17410 Asiste usuaria al control de planificación familiar, quien manifiesta sentirse bien con dicho método, se entregan 2 sellos para iniciar 26-04-11 se dan recomendaciones generales proxima cita 21-junio-2011 Andrea Leary S
10	06	11	usuaria viene a control de PP con AO manifiesta sentirse bien con dicho método se entregan dos sellos 40" recomendaciones generales cita control 17-08-11 KARM
17	08	11	Se realiza control de planificación a usuaria quien refiere satisfacción con el método no hormonal, se entregan 2 sobres de AO para iniciarlos el 18-08-2011 se dan recomendaciones generales y cita 13-10-11 Ardo Silva
13	10	11	Se realiza control de planificación a usuaria que refiere satisfacción con el método no hormonal se entregan 2 sobres de AO para iniciar el 14-10-11 se dan recomendaciones generales y cita el 5-12-11 Ardo Silva H.
02	12	11	Se realiza control de planificación a usuaria que refiere satisfacción con el método no hormonal se entregan dos sobres de AO para iniciar el 11-12-11 se dan recomendaciones y cita el 31-01-12 Ardo Silva H.
31	01	12	Se realiza Control de planificación a usuaria quien refiere satisfacción con el método no hormonal se entregan (2) sellos 40" recomendaciones generales Cita. Control 26 Ardo Silva H.

AUXILIAR DE ENFERMERIA

CC. 36 307 326

AUXILIAR DE ENFERMERIA

CC. 36 307 326

AUXILIAR DE ENFERMERIA

CC. 28 648 789





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

REGISTROS MEDICOS  
SIS - 408

A. IDENTIFICACIÓN

## ATENCIÓN GENERAL

HOJA No. 36

1er. APELLIDO <u>Donato</u>		2do. APELLIDO O DE CASADA <u>Donato</u>		NOMBRES		No. HISTORIA CLÍNICA	
EDAD		SEXO					
AÑO	MES	DÍA	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA

### B- ORDENAMIENTO

A. FECHA (DÍA, MES, AÑO)

B. ANAMNESIS.

1. MOTIVO DE CONSULTA
2. ENFERMEDAD ACTUAL
3. ANTECEDENTES FAMILIARES
4. ANTECEDENTES PERSONALES

- |                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| a) FISIOLÓGICOS     | g) TÓXICO ALÉRGICAS |
| b) PATOLÓGICOS      | h) TRANSFUSIONES    |
| c) QUIRÚRGICOS      | i) TRAUMÁTICOS.     |
| d)                  |                     |
| GINECO. OBSTETRICOS |                     |
| e) MENTALES         |                     |

C. REVISIÓN POR SISTEMAS

D. EXAMEN FÍSICO

1. SIGNOS VITALES, PESO, TALLA
- PULSO, RESPIRACIÓN, TEMPERATURA
- PRESIÓN ARTERIAL
2. ESTADO GENERAL
3. PIEL Y SUBCUTÁNEO
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 GINECOLÓGICO

11. TACTO RECTAL
12. APARATO LOCOMOTOR
13. EXAMEN NEUROLÓGICO
14. EXAMEN GANGLIONAR
- E. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA O DIAGNÓSTICO DEFINITIVO
- F. PRONÓSTICO
- G. CONDUCTA A SEGUIR
- H. FIRMA Y CÓDIGO DEL MÉDICO QUE PRESENTA LA ATENCIÓN

28/11/14

MC: FL - vaginal

presente dolor constante > FL -  
vaginal 1st abdo umbilical  
EP

TA: 120/80 FR: 20 PC: 78

2 audencia FL - umbilical

IDx: Vaginitis

Mujer 17 años

José A. Serrano Becerra  
Médico y Cirujano Gineco-OB  
C.C. 7.727.344



11/7/2014

paciente con dolor de estómago en la

época antiparasitaria

planifica con método implante subdérmico

última citología pendiente resultados

EF TA 110/70 FC 64x

sin otra alteración al examen físico

TD - paratuberculosis intestinal

- Gastritis

Plan: parásitos de pinar

- Emepazal

*[Signature]* 2047/193

02/ **IS** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E.  
**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
**LABORATORIO CLÍNICO**  
**SOLICITADO POR**       *Lucia*      

**FIRMA Y CÓDIGO DEL SOLICITANTE** \_\_\_\_\_

(PROFESIONAL O INSTITUCIÓN)

**URGENTE** ☐

**EXAMEN SOLICITADO** \_\_\_\_\_  
DÍA MES AÑO HORA

**RESULTADOS Y OBSERVACIONES**

*Rto de plaquetas: 426.900/mm<sup>3</sup>*

**FIRMA Y CÓDIGO DEL RESPONSABLE** \_\_\_\_\_

DÍA MES AÑO HORA

**REGISTROS MÉDICOS**

SIS 410

**OTROS**

**No. HISTORIA CLÍNICA**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1er. APELLIDO

2 APELLIDO (O DE CASADA)

NOMBRES

EDAD (AÑOS)

SERVICIO

SALA O CUARTO

Nº DE CAMA

SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
SUBSISTEMA DE INFORMACION



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

## LABORATORIO CLINICO

REGISTROS MEDICOS  
SIS 410 B

### PRUEBAS SEROLOGICAS

SOLICITADO POR: \_\_\_\_\_  
(Profesional o Institución)

FIRMA Y CODIGO DEL  
SOLICITANTE \_\_\_\_\_

URGENTE ☐

DIA MES AÑO HORA

SEÑALE EN LA COLUMNA DE LA IZQUIERDA EL EXAMEN SOLICITADO

No. Historia Clínica	
Dawela Castro	
Primer Apellido	2o. Apellido o de Casada
Nombres	
Edad	Años
Servicio	Sala o Cuarto
No. Cama	

REACCIONES SEROLOGICAS		RESULTADOS	V. NORMAL	ANTIGENOS FEBRILES	RESULTADOS	V. NORMAL
V.D.R.L.		+	NO REACTIVA	TIFOIDEO "O"	1/60	
F.T.A. SYPHILIS TP				TIFOIDEO "H"	1/60	
ASTOS			<200UI/ml	PARATIFOIDEO "A"	(-)	
FACTOR REUMATOIDEO			<300UI/ml	PARATIFOIDEO "B"	1/60	
GRAVINDEX				PROTEUS OX-19	(-)	
PROTEINA CREATIVA			<6mg/dl	BRUCELLA	(-)	
PRUEBAS DE TAMIZAJE	Hbs Ag					
	VII					

FIRMA Y CODIGO RESPONSABLE

DIA MES AÑO HORA

1481867

59

 <b>CERTIFICADO DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD</b> <small>Certificado N.º 018.827-1</small>	<b>Código:</b> F-SGC-TM-0046	<b>ESE</b> <b>HOSPITAL SAN RAFAEL</b> <b>TRIAGE MEDICO</b>	
	<b>Fecha de Aprobación:</b> 31 de Marzo de 2008		
	<b>Versión:</b> Dos		

**TRIAGE MEDICO**

No. HISTORIA CLÍNICA **014159**

<b>FECHA</b> (día/mes/año) <b>29/05/10</b>	<b>HORA ATENCIÓN</b> (formato en 24 hr) <b>7:23</b>	<b>IDENTIFICACIÓN</b> <table border="1"> <tr> <th>TIPO</th> <th>NÚMERO</th> </tr> <tr> <td>ce</td> <td>1006518059</td> </tr> </table>	TIPO	NÚMERO	ce	1006518059	<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b> <b>Daniela Castro Ortega</b>
TIPO	NÚMERO						
ce	1006518059						
<b>DIRECCIÓN:</b> <b>e/ paraíso</b>	<b>BARRIO</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>VEREDA</b> <input type="checkbox"/>	<b>CONTRIBUTIVO</b> <input type="checkbox"/>	<b>ASEGURADORA</b> <b>Amesul</b>				
<b>TÉLEFONO:</b>	<b>CUAL</b>	<b>SUBSIDIADO</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>COTIZANTE</b> <input type="checkbox"/>				
<b>MUNICIPIO:</b> <b>sub</b>	<b>DEPARTAMENTO:</b> <b>ego</b>	<b>OTRO CUAL</b>	<b>BENEFICIARIO</b> <input type="checkbox"/>				
<b>FECHA NACIMIENTO</b> (día/mes/año) <b>7/21/1989</b>		<b>EDAD</b> <b>21 años</b>					
		<b>SEXO</b> <b>F</b>					

<b>MOTIVO DE CONSULTA</b> (Textual como lo refiere el paciente) <b>3 días con febr y dolor en cabeza</b>	<b>SIGNOS VITALES</b> <table border="1"> <tr> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>T(°C)</th> <th>TA</th> <th>SatO2 (FIO2 21%)</th> </tr> <tr> <td>98</td> <td>72</td> <td>35</td> <td>100/70</td> <td>98</td> </tr> </table>	FC	FR	T(°C)	TA	SatO2 (FIO2 21%)	98	72	35	100/70	98	<b>TIPO DE RIESGO</b> ENFERMEDAD GENERAL <input type="checkbox"/> EMBARAZO/MATERNIDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE TRANSITO <input type="checkbox"/> ACCIDENTE TRABAJO <input type="checkbox"/> EVENTO CATASTRÓFICO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/> TRAUMATISMO <input type="checkbox"/> VIOLENCIA INTRAFAMILIAR <input type="checkbox"/> VIOLENCIA SEXUAL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>
FC	FR	T(°C)	TA	SatO2 (FIO2 21%)								
98	72	35	100/70	98								
<b>RESUMEN ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO</b>	<b>PRIORIDAD ATENCIÓN</b> TRIAGE I <input type="checkbox"/> TRIAGE II <input type="checkbox"/> TRIAGE III <input checked="" type="checkbox"/> <b>48h</b> TRIAGE IV <input type="checkbox"/>	<b>DIAGNÓSTICO (S) Y/O COD. CIE. 10</b> <b>Sin. Fiebre</b>										

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

<b>NOMBRE DEL MÉDICO:</b>	<b>FIRMA Y SELLO:</b>
---------------------------	-----------------------

**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" (ARTÍCULO 10, ATENCIÓN DE URGENCIAS, Resolución 5261 de 1994), (Circular externa 000010 del 22 de marzo de 2006 y Anexo).



# HOSPITAL SAN RAFAEL

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

REGISTROS MÉDICOS  
SIS 401

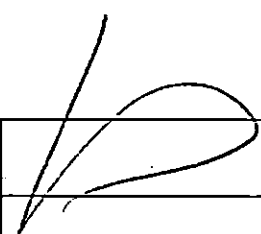
## HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

Distrib.	ASMET	Prioridad	III	Clasificación		No. H.C.	
----------	-------	-----------	-----	---------------	--	----------	--

NOMBRE	DANIELA CASTRO	C.C. o T.I.	706651809	EDAD	21	SEXO	H	M	S	C	V	Otro
DIRECCION	CORONA	DIRECCION		BARRIO		FECHA DE INGRESO		HORA				
	13/ PARANCO					29-7-2010		07:30				
ACOMPAN.		DIRECCION		TELÉFONO		FECHA DE SALIDA		HORA				
						29-7-2010		12:00				

NATURAL	PROCEDENTE		OCUPACIÓN	
MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL	ANOM. CLINICO DE 3 DIAS DE FIEBRE ASOCIADO A CEFALIA TRONCAL Y OSTEOALGIAS.			
ANTECEDENTES	- GLO. TUR: MYLIO, G+PL, PNF ATU. - RENO MEDIANO			
EXAMEN FISICO	T.A. 100/70	F.C. 95 x1	F.R. 20 x1	To. 36.0 C
	T <sub>ES</sub> 102.98.			
ESTADO CONCIENCIA	ALERTA	<input checked="" type="checkbox"/>	CONFUSO	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	OBNUBILA	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	ESTUPORO	<input type="checkbox"/>
ESTADO MENTAL	HALLAZGOS			
Normal <input type="checkbox"/>				
Anormal <input type="checkbox"/>	P. 48 K5			
CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS	HALLAZGOS			
Normal <input type="checkbox"/>	MIGRA. ORBITALES BILATERALES			
Anormal <input type="checkbox"/>	HIDRATACION			
CUELLO Y TORAX	HALLAZGOS			
Normal <input checked="" type="checkbox"/>				
Anormal <input type="checkbox"/>				
CARDIO-RESPIRATORIO	HALLAZGOS			
Normal <input checked="" type="checkbox"/>				
Anormal <input type="checkbox"/>				



<b>ABDOMEN Y GENITO URINARIO</b> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		HALLAZGOS					
<b>EXTREMIDADES Y OSTEOARTICULAR</b> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		HALLAZGOS					
<b>NEUROLOGICO</b> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		HALLAZGOS					
Impresión Diagnóstica 1. SIND. FEBRIL _____ _____ _____ _____ _____				Exámenes Solicitados - SS / PLACUETAS - AS FERRAL			
Prescripción 1. DIPYRONA 2 gr 1M 2. SALICILATO 10 ms				Procedimientos Efectuados PLAC: 426.900 1) FIBRILITIS POSITIVA Salvo con TAP - SUIV;			
1. M 2. SALICILATO				ACETAMINOFEN, RECOMENDADO SIN SALICILATO CONTINUO			
DESTINO DEL PACIENTE	Salida		Hospitalización		REMITIDO A:	Consulta Externa de:	Lina M. Pérez Nuñez Médico
	Observación		Morgue			Interconsulta de:	
OBSERVACIONES							
MEDICO RESPONSABLE	NOMBRE	Lina M. Pérez Nuñez C.C. 40.678.605 de Fcda			FIRMA		
DOCENTE	NOMBRE				FIRMA	Categoría	



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

REGISTROS MEDICOS  
SIS - 408

# A. IDENTIFICACIÓN

# ATENCIÓN GENERAL

HOJA No. \_\_\_\_\_

CASTRO		Danielia.		No. HISTORIA CLÍNICA
1er APELLIDO	2do APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES		
EDAD	SEXO			
22	F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
AÑO MES DÍA	SERVICIO	SALA O CUARTO	No. DE CAMA	

## B. ORDENAMIENTO

A. FECHA (DÍA, MES, AÑO)

B. ANAMNESIS.

1. MOTIVO DE CONSULTA
2. ENFERMEDAD ACTUAL
3. ANTECEDENTES FAMILIARES
4. ANTECEDENTES PERSONALES

- a). FISIOLÓGICOS
- b). PATOLÓGICOS
- c). QUIRÚRGICOS
- d). GINECO, OBSTÉTRICOS
- e). MENTALES

- f). TOXICO ALÉRGICAS
- g). TRANSFUSIONES
- h). TRAUMÁTICOS.

C. REVISIÓN POR SISTEMAS

D. EXAMEN FÍSICO

1. SIGNOS VITALES, PESO, TALLA
2. ESTADO GENERAL
3. PIEL Y SUBCUTÁNEO
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 GINECOLÓGICO

11. TACTO RECTAL
12. APARATO LOCOMOTOR
13. EXAMEN NEUROLÓGICO
14. EXAMEN GANGLIONAR

E. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA  
O DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

F. PRONÓSTICO

G. CONDUCTA A SEGUIR

H. FIRMA Y CÓDIGO DEL MÉDICO QUE PRESENTA LA ATENCIÓN.

30/06/11 09:15 C. EXTERNA Mc = "me duele en las rodillas"  
 PACIENTE CON CUADRO DE 1 MES DE DOLOR EN  
 RODILLAS QUE EMPEORA CON LA MARCHA, NIEGA OTROS  
 SÍNTOMAS.  
 ANTECEDENTES = NIEGA TODOS  
 EF = PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, AFEBRIL  
 TA = 120/80 FC = 90 FR = 19 CC MUCOSA ORAL HUMEDA, CP NORMAL  
 ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN EXT =  
 MIEMBROS INFERIORES = RODILLAS CON ARTERIOS COMPLETOS  
 CAYON (-), BUSTOS (-), NEUROS SIN DÉFICIT.  
 I/O = (1) ARTRITIS.  
 P/I: S/C RX DE RODILLAS BILATERAL.

Dr. Danielia Castro  
C. S. 1078406910  
Médico General

30/06/11 11:00 PARRACLINICO = RX DE RODILLA BILATERAL, NO  
 SE OBSERVA ARTRITIS NI LESIÓN ÓSEA. POR TAL  
 RAZÓN SE CONSIDERA QUE CURSA CON CONTRACCIÓN MUSCULAR.

Dr. Danielia Castro  
C. S. 1078406910  
Médico General

gouio 12 1053

11-100

REO 31 kg TA-110/70

MC: "Amo"

CA: Mito con caxos 1 caxos de  
caxos caxos caxos. en caxos de  
mit. caxos de caxos de caxos

MC: morbo

MC: Mito (c) OK (c) Mito (c)  
Mito (c) caxos (c) ex caxos

GO: 6/11/10, 10/2/10

GO: 02-10/10/10 plane ACO

GO: 02-10/10/10 plane ACO

GO: 02-10/10/10 plane ACO

FR 2-2

MC: morbo

MC: morbo

MC: morbo

MC: morbo

MC: morbo

MC: morbo

30-07-2014 2:40 pm

MC: Remision a glo

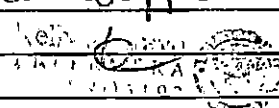
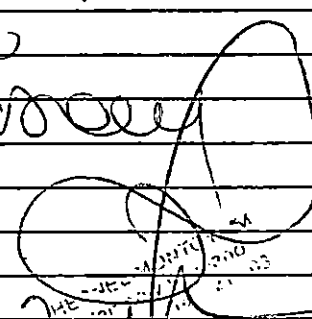
Usana la cual el resultado en 9-06-2014 Reporte anomalidad  
Sexo celulas epiteliales.

Sal. Pao. 50kg TA: 100/50mmHg

DX: Anomalias Celulas Isomorficas - Atipicas - Indefinidas  
(ASC-US)

Plan: Se remite para dx y manejo a glo.

Se envia remision y se anexa copia resultado a  
list clinico.



GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ  
SAN VICENTE DEL CAGUAN



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

NOMBRES <b>Daniela Castro Ortega</b>		APELLIDOS <b>Ortega</b>		CEDULA DE CIUDADANIA <b>1006818059</b>	
DIRECCIÓN RESIDENCIA HABITUAL <b>3/25 Julio</b>		MUNICIPIO <b>SUC.</b>		DEPARTAMENTO <b>SUC.</b>	
TELÉFONO <b>3125515906</b>		FECHA DE NACIMIENTO <b>23/02/89</b>		MÉTODO DE PLANIFICACIÓN <b>Jadelle</b>	
EDAD <b>25</b>		FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN <b>28/11/13</b>		TIEMPO MESES   AÑOS <b>7  </b>	
ESTA USTED EMBARAZADA <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		FECHA ÚLTIMA CITOLOGÍA <b>26/06/13</b>		CUAL FUE EL RESULTADO NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/>	
CITOLOGÍAS PREVIAS 1 <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		FECHA ÚLTIMA CITOLOGÍA <b>26/06/13</b>		CUAL FUE EL RESULTADO NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/>	
ALGUNA VEZ LE PRACTICARON					
<input type="checkbox"/> CAUTERIZACIÓN EN EL CUELLO UTERINO		FECHA D M A		<input type="checkbox"/> CONIZACIÓN DEL CUELLO UTERINO	
<input type="checkbox"/> HISTERECTOMIA		FECHA D M A		<input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA EN EL ÚTERO	
FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN <b>28/11/13</b>					
EFFECTO DEL CUELLO <b>Ectropion</b>					
TOMO LA CITOLOGÍA <b>Brau Marin Kelly Johana</b>		NOMBRES <b>Brau Marin Kelly Johana</b>		CARGO <b>Enfermera</b>	
LABORATORIO		FECHA LECTURA <b>17/06/14</b>		No. DE PLACA <b>014 3814</b>	

INFORME DE CITOLOGÍA CERVICO-UTERINA

CALIDAD DE MUESTRA

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

CATEGORIZACIÓN GENERAL

- ☐ 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

- ☐ CAMBIOS REACTIVOS ASOCIADOS A INFLAMACIÓN  
☐ CAMBIOS REACTIVOS ASOCIADOS A RADIACIÓN  
☐ CAMBIOS REACTIVOS ASOCIADOS A DIU  
☐ CÉLULAS GIANGLARES POS-HISTERECTOMIA  
☐ ATROFIA

ANOMALÍAS CÉLULAS ESCAMOSAS

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

ANOMALÍAS CÉLULAS GLANDULARES

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

COMENTARIOS:

LECTURA: <b>ESPERANZA LLANOS T.</b> CITOHISTOLOGA	REVISIÓN: <b>[Firma]</b> CITOHISTOLOGA	FECHA: <b>17/06/14</b>
---	--	---------------------------



**E.S.E. HOSPITAL  
SAN RAFAEL**

NIT. 891.190.011-8

SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS  
SIS - 409

## EVOLUCIÓN

### A. IDENTIFICACIÓN

Hoja No. \_\_\_\_\_

1er. APELLIDO		2do. APELLIDO (O DE CASADA)		NOMBRES		No. HISTORIA CLINICA
Castro		Ortega		Daniela		014159
EDAD		SEXO		SERVICIO		SALA O CUARTO
AÑOS MESES DÍAS		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				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	

CPT

### DETALLE

FECHA			DETALLE
DIA	MES	AÑO	
26	03	12	Usuaría viene a control de planificación con "AO" manifiesta sentirse bien con dicho método se entregan dos sellos "AO" recomendaciones de la enfermera cita control 22-05-12
22	05	12	Usuaría que viene a control de planificación familiar con "AO", refiere sentirse bien con el método, sin molestias. se entrega fórmula nueva para renovar los "AO". se dan recomendaciones por escrito mas instrucciones para el 12-07-12
12	07	12	Usuaría que asiste al control de planificación familiar con "AO" se le hace entrega de orden para renovar "AO" manifiesta sentirse bien, proximo control 6-09-2012 - Yohana C
6	09	12	Se realiza control de planificación a una mujer que refiere satisfacción con el método se entregan 2 sellos de AO para iniciar el 7-09-12 se dan recomendaciones y cita de control 29-10-12
29	10	12	Se realiza control de planificación a una mujer que refiere satisfacción con el método se entregan 2 sellos de AO para iniciar el 7-11-12



FECHA			DETALLE
DIA	MES	AÑO	
26	11	12	Se dan recomendaciones y cita 18-12-12 Usaria viene a control de planificación con con. Apl refiere satisfacción en el método se entrega un sobre Apl iniciar 27-11-12 recomendaciones generales cita control 18-12-12 Marta María Martínez Salgado AUXILIAR DE ENFERMERIA CC. 25 648-789
18	12	12	Se realiza control de planificación a Marta quien refiere satisfacción con el método se entrega sobre de AD por iniciar hoy se dan recomen- daciones y cita 11-02-13. Apl
11	02	13	Se realiza control de planificación a Marta quien refiere satisfacción con el me- todo se entregan 2 sobres de AD por iniciar el 12-02-13 Se dan recomen- daciones y cita 04-04-13. Apl
04	04	13	Usaria quien asiste a CPF. se entre- ga orden para AD (2 sobres) se dan indicaciones inicia hoy, se agenda cita 04/06/2013. Apl
04	06	13	Usaria quien asiste a CPF. se entrega orden de AD (2 sobres) Apl. 1 sobre Martes 04/06/2013 2 sobre Martes 02/07/2013 Se agenda cita 30/07/2013. Apl
30	07	13	Usaria quien asiste a CPF. se entrega orden para AD que inicia así 1 sobre Martes 30/07/13 2º sobre 27/08/13 cita 24/09/13. Apl

# EVOLUCIÓN

Hoja No. \_\_\_\_\_

### A. IDENTIFICACIÓN

1er Apellido			2do Apellido (o de Casada)			Nombres			No. HISTORIA CLINICA		
Edad			SEXO			PYP			LPL		
Años Meses Días			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			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 |                                |

[illegible]



C. EXAMEN FISICO

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

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

D. EXÁMENES PRACTICADOS

PRUEBA DE EMBARAZO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	RESULTADO _____	FROTIS DE FLUJO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CITOLOGÍA CERVICO-VAGINAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	RESULTADO _____	OTROS _____

E. RIESGO REPRODUCTIVO

ALTO ☐ MEDIO ☐ BAJO ☐

F. MÉTODO ADOPTADO

PÍLORA <input checked="" type="checkbox"/>	D.I.U. <input type="checkbox"/>	INYECTABLE <input checked="" type="checkbox"/>	ESTERILIZAC <input type="checkbox"/>	OTROS <input checked="" type="checkbox"/>	FECHA	ATENDIDO POR:
(CUAL) _____	(CUAL) _____	(CUAL) _____	(CUAL) _____	(CUAL) _____	DIA MES AÑO	MEDICO <input type="checkbox"/> ENFERMERA <input type="checkbox"/> AUXILIAR <input type="checkbox"/>

G. CONSULTAS - CONTROLES ENFERMARÍAS

DIA	MES	AÑO	13/12/12	11/02/13	9/04/13	04/06/13	30/7/13	20/09/13	27/01/14
PESO (Kg)			48	49	50	49 kg	50 kg	49 kg	50 kg
TENSION 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								
	FECHA								
RIESGO REPRODUCTIVO									
CAMBIO DE MÉTODO	CUAL								
	FECHA								
REMISIÓN A:									
FECHA PRÓXIMA CITA			11/01/13	11/04/13	04/06/13	30/07/13	24/09/13	12/03/14	27/01/14
ATENDIDO POR			NTO	NTO	NTO	NTO	NTO	NTO	NTO



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

CONTROL DEL JOVEN

Asmo  
014159  
1006518059

CLASIFICACION DE OPICOMS HISTORIA DEL ADOLESCENTE ESTABLECIMIENTO H.C. No. 014159

APELLIDO Y NOMBRE Daniela Castro Ortega  
DOMICILIO B Victoria  
LOCALIDAD San Vicente Código Tel. Domicilio 12 02 89  
LUGAR DE NACIMIENTO San Vicente Celular 3133728878 SEXO F M

CONSULTA PRINCIPAL No. 011. FECHA 03/08/16 EDAD 23 años meses ACOMPAÑANTE solo madre padre ambos pareja amiga/o pariente otros ESTADO CIVIL Soltero unión estable separado

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

Observaciones relevantes

ANTECEDENTES PERSONALES: PERINATALES, CRECIMIENTO, DESARROLLO, VACUNAS, ENFERMEDADES CRONICAS, ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ACCIDENTES, CIRUGIA, USO DE MEDICINA O CUSTANCIAS, TRASTORNOS PSICOLÓGICOS, MALTRATO, JUDICIALES, OTROS

Observaciones

ANTECEDENTES FAMILIARES: DIABETES, OBESIDAD, CARDIOVASC., ALERGIA, INFECCIONES, TRASTORNOS PSICOLÓGICOS, ALCOHOL DROGAS, VIOLENCIA, MADRE ADOLESC., JUDICIALES, OTROS

Observaciones abuela Hipertense

FAMILIA: CONVIVE CON, VIVE, NIVEL DE INSTRUCCIÓN, DIAGRAMA FAMILIAR, VIVIENDA, ENERGÍA ELÉCTRICA, AGUA, EXCRETAS, NUMERO DE CUARTOS, Observaciones



<b>EDUCACIÓN</b> ESTUDIA si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>		NIVEL No. escolariz. <input type="checkbox"/> Prim. <input type="checkbox"/> Sec. <input checked="" type="checkbox"/> Univ. <input type="checkbox"/>	GRADO CURSO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	AÑOS APROBADOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS EN LA ESCUELA no <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	AÑOS REPETIDOS Causa <input type="checkbox"/>	DESERCIÓN/ EXCLUSIÓN no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Causa <input type="checkbox"/>	EDUCACIÓN NO FORMAL no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> Cual? <input type="checkbox"/>					
<b>TRABAJO</b> <input checked="" type="checkbox"/> trabaja <input type="checkbox"/> busca 1.ª vez <input type="checkbox"/> no y no busca <input type="checkbox"/> desocupado		EDAD INICIO TRABAJO años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TRABAJO <input type="checkbox"/> horas por semana	HORARIO DE TRABAJO mañana <input checked="" type="checkbox"/> todo el día <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/> fin de semana <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	RAZÓN DE TRABAJO <input checked="" type="checkbox"/> económica <input type="checkbox"/> autonomía <input type="checkbox"/> me gusta <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> n/c	TRABAJO LEGALIZADO si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	TRABAJO INSALUBRE no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	TIPO DE TRABAJO <u>Empleada doméstica</u>					
Observaciones													
<b>VIDA SOCIAL</b>		ACEPTACIÓN aceptado <input checked="" type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> rechazado <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/>	NOVIDA si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> AMIGOS si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	ACTIVIDAD GRUPAL si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	DEPORTE <input type="checkbox"/> horas por semana TV <input type="checkbox"/> horas por día	OTRAS ACTIVIDADES si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Cuáles? <u>Football</u>							
Observaciones													
<b>HABITOS</b> SUEÑO NORMAL si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		ALIMENTACIÓN ADECUADA si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	COMIDAS POR DÍA <input type="checkbox"/>	COMIDAS POR DÍA CON FAMILIA <input type="checkbox"/>	TABACO <input type="checkbox"/> cigarrillos por día	EDAD INICIO TABACO años <input type="checkbox"/>	ALCOHOL <input type="checkbox"/> equivalente a litros de cerveza por semana	EDAD INICIO ALCOHOL años <input type="checkbox"/>	OTRO TOXICO no <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> frecuencia y tipo <input type="checkbox"/>	CONDUCE no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> VEHICULO Cuál? <u>Motor</u>			
Observaciones													
<b>GINECOUROLOGICO</b> MENARCA/ESPERMARCA años <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/>		FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN <input type="checkbox"/> No conoce <input type="checkbox"/> No corresp. día <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año <input type="checkbox"/>	CICLOS REGULARES si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	DISMENORREA no <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	FLUJO PATOLOGICO/ SECRECIÓN PENEANA no <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL no <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuál? <input type="checkbox"/>	EMBARAZOS <input checked="" type="checkbox"/>	HIJOS <input checked="" type="checkbox"/>	ABORTOS <input checked="" type="checkbox"/>				
Observaciones													
<b>SEXUALIDAD</b> NECESITA si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> INFORMACIÓN <input type="checkbox"/>		RELACIONES SEXUALES no <input type="checkbox"/> hetero homo ambas <input type="checkbox"/>	PAREJA <input checked="" type="checkbox"/> pareja única <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c	EDAD INICIO REL. SEX. voluntarias si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS EN REL. SEX. si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	ANTICONCEPCIÓN <input checked="" type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> n/c	CONDÓN <input checked="" type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> n/c	ABUSO SEXUAL no <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>					
Observaciones <u>CPH anavaloborio</u>													
<b>SITUACIÓN PSICOEMOCIONAL</b>		IMAGEN CORPORAL <input type="checkbox"/> conforme <input type="checkbox"/> crea preocupación <input type="checkbox"/> impide relación con demás	AUTO PERCEPCIÓN <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> nervioso <input type="checkbox"/> alegre <input type="checkbox"/> muy tímido <input type="checkbox"/> otro	REFERENTE ADULTO <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> otro fam. <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> fuera del hogar <input type="checkbox"/> ninguno	PROYECTO DE VIDA <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> claro <input checked="" type="checkbox"/> ausente								
Observaciones													
<b>EXAMEN FISICO</b>		PESO (Kg) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Centil peso/edad <input type="checkbox"/>	Centil peso/talla <input type="checkbox"/>	PIEL Y FANERAS normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CABEZA normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	AGUDEZA VISUAL normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	AGUDEZA AUDITIVA normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	BOCA Y DIENTES normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CUELLO Y TIRRIDES normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>			
ASPECTO GENERAL normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		TALLA (mm) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Centil talla/edad <input type="checkbox"/>		TORAX Y MAMAS normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CARDIO- PULMONAR normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	PRESION ARTERIAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ABDOMEN normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	GENITO- URINARIO normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	TANNER mamas <input type="checkbox"/> vello pub. <input type="checkbox"/> genitales <input type="checkbox"/>	COLUMNA normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	EXTREMIDADES normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	NEUROLOGICO normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>
Observaciones													
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA INTEGRAL <u>juven sano</u>													
INDICACIONES E INTERCONSULTAS													
Responsable <u>Dr. Ximara Contral</u>									Fecha próxima visita <u>01-08-13</u>				



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



NOTA PLANIFICACION FAMILIAR

15. NOV -

IDENTIFICACION Daniela Castro Ortega HCL N° 014159 CC: 100651805

MC: Planificación familiar

Edad: 24 años

Anamnesis: Antecedentes: patológicos: (-), Qx: (-), Alergias medicamentosas (-), familiares (+)

GO: G<sub>1</sub> R<sub>0</sub> A<sub>0</sub> V<sub>1</sub> M<sub>0</sub>, FUM: 12-NOV/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

Prevía 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. Prevía firma de consentimiento informado, se procede a la inserción del implante.

Descripción del procedimiento

Prevía 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 esparadrappo pequeño y se deja cubierto con gasa y esparadrappo compresivo. Procedimiento sin complicaciones, se entrega carnet de seguimiento y se dan recomendaciones:

Retirar vendaje en 3 días, 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 días, Usar preservativo durante 1 mes, consultar de inmediato ante presencia de signos de alarma. Cita de control en 1 mes.

Dra Yuuv Andrea Florez  
C.C. 40.611.126  
UCC Médico General  
Q.E.S.

Firma del profesional

**Implanon NXT®**

Lote No.: 358688/422881

Para Archivo del Médico

Caquetá: Gc  
Calle 5 No 3-38 Te.

[www.hospitalsanrafael.gov.co](http://www.hospitalsanrafael.gov.co)  
[info@hospitalsanrafael.gov.co](mailto:info@hospitalsanrafael.gov.co)

San Vicente del Caguán Caquetá Colombia

46168/520

8457



GOBIERNO NACIONAL DE LA CAJETA  
E.S.E. HOSPITAL  
SAN RAFAEL  
SAN VICENTE DEL CAGUAN  
NIT. 891.190.011-8

EXAMEN DE LABORATORIO CLÍNICO

NOMBRE DEL USUARIO Dorinda Gohia Olguin IDENTIFICACIÓN 014159 HC 24 EDAD 24  
MEDICO Kelly Bernal FECHA 11/11/19 SERVICIO Med EPS A-2060

HEMATOLOGÍA		QUÍMICA SANGUÍNEA	
RESULTADO	VALOR NORMAL	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
BAEOFILIOS	0-2%	UREA	10-50mg/dl
CAVADOS	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
CEFONAS	CRISTALES	REACCIÓN LEUCOCITARIA		PMN:
SANGRE		PARÁSITOS INTESTINALES:		FLORA BACTERIANA
NITRITOS	CILINDROS:			
UROBIL.				
LEUCOCITOS				
OTROS				

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

BACTERIÓLOGO

BACTERIÓLOGO

Dennis A. Castro Salazar  
BACTERIOLOGA  
U.C.M.C.  
REG. PRO. 4268

Implanon

Etonogestrel

Com. No. INVIMA 2009M 0006336

000044-15791

Registro de la paciente

Schering-Plough  
Laboratorios

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA USUARIA

Por medio de la presente, autorizo al Dr. Yudy Flores para que proceda a la inserción del implante subdermico denominado Implanon® (etonogestrel). Mi médico me ha informado de manera detallada los beneficios y posibles efectos secundarios de usar un método 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 verificará 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 días 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 después del retiro se presenta un ciclo menstrual 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 bisturí 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. Así mismo se me entregará 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 médico.

Daniela Castro

Nombre y Firma de la usuaria  
1006518059

Nov. 15/2013.

Fecha

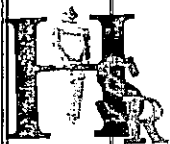
Dra. Yudy Angela Flores  
C.C. 40611126  
UCC Medicina General  
C.C. 0000000000

Nombre y Firma del medico

**Implanon NXT®**

Lote No.: 358688/422881

Para Archivo del Paciente



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

REGISTROS MEDICOS  
SIS 409

SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
SUBSISTEMA DE INFORMACION

## EVOLUCIÓN

Hoja No. \_\_\_\_\_

### A. IDENTIFICACIÓN

1er Apellido: <u>Castro</u>		2do Apellido (o de Casada): <u>Ortega</u>		Nombres: <u>Daniela</u>		No. HISTORIA CLINICA <u>014159</u>	
EDAD 24		SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>		Servicio <u>CPF</u>		Sala o Cuarto <u>2001</u>	
Años Meses Días						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			DETALLE
Día	Mes	Año	
20	11	13	Usuaría quien asiste a control de planificación para revisión de implante subdermico, se observa sitio de inserción limpio sin signos de infección sin hematomas. Sin signos de sangrado. Usuaría 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 hematoma, usuaria refiere bien, me rasca, signos de sangrado, se dan recomendaciones generales, se asigna cita para el día 18/03/14 — Jessica Carreras —
23	12	13	Usuaría no asiste a CPF — Susana de la Cruz —
2	01	14	MC control de planificación familiar. ASintomática Antfám. Ant toxico. EFS sin alteraciones. Todo suministrado correctamente. Implante subdermico. Se observa sitio de inserción sano. Se palpa una barra en cara superior interna del brazo izquierda, no presenta ninguna alteración. Refiere tener Amenorrea de un año. Se recomienda usar no realizar forzosa sexual en TSE. ni realizar Tomografía. Se educa sobre signos de alarma importancia de

FECHA			DETALLE
DÍA	MES	AÑO	
			Los controles uso correcto del método pre- vención ITS este control 27-01-16 Lorena Mahéche
20	08	15	Ingreso usuaria de 28 años de edad a/ programa de planificación familiar a retiro de implante. Subdermis, se explica procedimiento, se realiza retiro con previa asepsia y antisepsia sin ninguna complicación Se dan recomendaciones generales, a la vez inca con método Oral, se explica ventajas/ desventajas, posibles riesgos, se entrega suministro para 3 meses la cual se inicia así: 1er sobre: hoy 2do sobre: 19-09-15 3er sobre: 15-10-15 toma por 21 días, descansando 7 días, el octavo día inicia nuevo sello, se educa sobre signos de alarma, importancia de los controles, uso correcto del método, prevención ITS, próxima cta 11-11-2015. Se recomienda uso de preservativo. — Lorena Mahéche —
11	11	15	MC Consulto planificación familiar EA: asintomática. Ant toxia: Negro Ant Fam: Negro EF: Sin alteraciones Método suministrado AO, se entrega para 3 meses el cual se inicia así: 1 caja: 12-11-15 2da: 10-12-15 3era: 07-01-16 toma por 21 días, descansando 7 días, el octavo día inicia nuevo sello, se educa sobre signos de alarma, importancia de los controles, uso correcto del método, prevención ITS, próxima cta., 02-02-16 — Lorena Mahéche —
2	02	16	MC Control de planificación familiar EA: Asintomática Ant toxia: Diabete, HTA Ant tox (-) EF Sin alteraciones método suministrado ACO, se entrega orden para re- clamar 3 Sobres AO iniciar así: 1 sobre 4-02-16 2° sob. 3-03-16 3er sob. 30-03-16





**SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
SUBSISTEMA DE INFORMACION**

REGISTROS MEDICOS  
SIS - 406

### A. IDENTIFICACIÓN

# ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

A. IDENTIFICACION			No. Historia Clínica	
Castro	Ortega	Daniela	0	1
1 er Apellido	2 do Apellido (o casada)	Nombres	4	5
			9	

## B. ANTECEDENTE

## 1. FAMILIARES

1. FAMILIARES			2. AMIGOS			3. OTROS		
	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE	
1. HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. HEPATOPATÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. TUMORES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. CARDIOPATÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. MENTALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## 2. PERSONALES

E. PERSONALES				F. GINECOLÓGICAS				G. ESCOLARIDAD			
	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE
1. HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. MENTALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA INCOMP.	<input type="checkbox"/>		
2. DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. INFECCIÓN PELVICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA COMPLETA	<input type="checkbox"/>		
3. CARDIOPATIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. INFECCIÓN CERVICAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SECUND. INCOMP.	<input type="checkbox"/>		
4. HEPATOPATIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. FLUJO VAGINAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SECUND. COMPLETA	<input type="checkbox"/>		
5. NEFRITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. CIRUGÍA GINECOLÓGICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UNIVERSIDAD	<input type="checkbox"/>		
6. TUMORES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTRA (cuál) _____			
7. TROMBOFLEBITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. RESULTADO CITOLOGÍA PREVIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
8. FUMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					_____			
CUANTOS DIARIOS _____								_____			
				FECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
					DIA	MES	AÑO				

### 3. HISTORIA DE EMBARAZOS ANTERIORES

D. HISTORIA DE EMBARAZOS ANTERIORES							
No. DE ORDEN	TERMINACIÓN DEL EMBARAZO					No. DE HIJOS VIVOS ACTUALMENTE	
	AÑO DE TERMINACION.	MES DE GESTACIÓN	PARTO VAGINAL	CESAREA	ABORTO	PRODUCTO NÚMERO NACIDOS VIVOS	NACIDOS MUERTOS
OBSERVACIONES							
OTROS ANTECEDENTES GINECO, OBSTETRICOS, MENARQUIA, CICLOS, GRAVIDEZ, PARIDAD, ABORTOS, EMBARAZOS ECTÓPICOS, CIRUGÍA Y OTROS.							

#### 4. HISTORIA MENSTRUAL

CICLO REGULAR		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN			TRASTORNOS MENSTRUALES	
							SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
				DÍA	MES	AÑO	TIPO _____	

## 5. HISTORIA ANTICOCEPCIONAL

HA UTILIZADO ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO ANTES DE ESTA CONSULTA

SI ☐ NO ☐

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

## C. EXAMEN FÍSICO

REGISTROS MÉDICOS  
SIS - 406

1. PESO <u>52 kg</u>	3. MAMAS NORMALES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	7. UTERO Y ANEXOS NORMALES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. TENSIÓN ARTERIAL <u>100/70</u>	4. SIGNOS DE EMBARAZO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	8. MIEMBROS INFERIORES: EDEMA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	5. No. DE SEMANAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	VARICES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	6. CERVIX NORMAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	9. OTROS HALLAZGOS (Cuáles) _____

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

## D. EXÁMENES PRÁCTICADOS

PRUEBA DE EMBARAZO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	RESULTADO _____	FROTIS DE FLUJO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CITOLOGÍA CERVICO-VAGINAL <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	RESULTADO _____	OTROS _____

## E. RIESGO REPRODUCTIVO

ALTO <input type="checkbox"/>	MEDIO <input checked="" type="checkbox"/>	BAJO <input type="checkbox"/>
-------------------------------	---	-------------------------------

## F. MÉTODO ADOPTADO

PILDORA <input type="checkbox"/>	D.I.U. <input type="checkbox"/>	INJECTABLE <input type="checkbox"/>	ESTERILIZAC <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>	FECHA	ATENDIDO POR:
<u>Gravol</u> (CUAL)	_____ (CUAL)	_____ (CUAL)	_____ (CUAL)	_____ (CUAL)	<u>20</u> <u>8</u> <u>15</u> DIA MES AÑO	MEDICO <input type="checkbox"/> ENFERMERA <input type="checkbox"/> AUXILIAR <input type="checkbox"/>

## G. CONSULTAS - CONTROLES ENFERMERÍAS

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	110/70	110/70		
MÉTODO UTILIZADO DESDE LA ÚLTIMA 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	NO		
EXPULSIÓN DISPOSITIVOS			NO	NO	NO	NO		
DOLOR BAJO VIENTRE			NO	NO	NO	NO		
FLUJO VAGINAL			NO	NO	NO	NO		
SÍNTOMAS URINARIOS			NO	NO	NO	NO		
CITOLOGIA	RESULTADO		NEG					
	FECHA		09-6-14					
RIESGO REPRODUCTIVO			M					
CAMBIO DE MÉTODO	CUAL		Implanon					
	FECHA		Gravol					
REMISIÓN A:			20-8-15					
FECHA PRÓXIMA CITA			20-8-15		28-04-16	19-04-16		
ATENDIDO POR			W	Lorena M. Borjas	28-04-16	19-04-16		



# HOSPITAL SAN RAFAEL

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (E.S.E.)

NIT. 891190011-8

REGISTROS MEDICOS  
SIS 407A

## ATENCION ODONTOLOGICA PROGRAMADA

### A. IDENTIFICACION

1er Apellido <b>CASTRO</b>		2do Apellido (o de Casada) <b>ORTEGA</b>		Nombres <b>DAWIELA</b>		No. HISTORIA CLINICA <b>014159</b>	
FECHA <b>21/17/2010</b> DIA MES AÑO		2 a 14 AÑOS <input type="checkbox"/>		GRUPO DE POBLACION EMBARAZADAS <input type="checkbox"/>		OTROS <b>21 Años</b>	

### B. ANAMNESIS

DATOS BASICOS SOBRE				SI	NO	NO SABE
1. Tratamiento Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ingestión de Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Reacciones Alérgicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hemorragias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Irradiaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Enfermedades Respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cardiopatías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Diabetes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fiebre Reomática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Epierisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Otras Enfermedades..	<b>No refiere</b>					
14 Hábito de Higiene Oral	<b>2 veces.</b> (CUANTAS VECES)					
Cepillado	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>				
Seda Dental	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				
15. Otros						
Observaciones <b>No refiere</b>						

### C. EXAMEN FISICO ESTOMATOLOGICO

TEMPERATURA	PULSO	TENSION ARTERIAL	RESPIRACIÓN
NORMAL ANORMALES		NORMAL ANORMALES	
1 ARTICULACIÓN TEMPORAL MANDIBULAR	<input type="checkbox"/>	9 SERAS MAXILARES	<input type="checkbox"/>
2 LABIOS	<input type="checkbox"/>	10 MUSCULOS MÁSTICADORES	<input type="checkbox"/>
3 LENGUA	<input type="checkbox"/>	11 SISTEMA	<input type="checkbox"/>
4 PALADAR	<input type="checkbox"/>	- NERVIOSO	<input type="checkbox"/>
5 PISO DE LA BOCA	<input type="checkbox"/>	- VASCULAR	<input type="checkbox"/>
6 CARRILLOS	<input type="checkbox"/>	- LINFÁTICO REGIONAL	<input type="checkbox"/>
7 GLANDULAS SALIVALES	<input type="checkbox"/>	12 FUNCIÓN DE OCTUSIÓN	<input type="checkbox"/>
8 MAXILARES	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES <b>NINGUNA</b>			

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

EXAMEN DENTAL	SI	NO		SI	NO
1. Supernumerarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Placa Blanda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Abrasión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Placa Calcificada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Manchas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Otros (Cuál)		
4. Patología Pulpar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

EVALUACION DEL ESTADO PERIODONTAL: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: Placa blanda


### ODONTOGRAMA

**CONVENCIONES**

SUP. CARIADA O RECIDIVA	SUPERF. OBTURADA	DIENTE CON EX-TRACCION INDICADA	DIENTE EXTRAIDO	DIENTE SIN ERUPCIONAR

**VESTIBULAR**

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

**DERECHO**

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65

**LINGUALES**

85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

**IZQUIERDO**

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

CARIES ☐ SI ☐ NO

OBTURADOS ☐ SI ☐ NO

OTRAS OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

### D- DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO

PRESUNTIVO: <u>CARIES</u>	DEFINITIVO: <u>CARIES DEFENIDA</u> <u>CARIES ACTIVA</u>
PRONOSTICO: _____	

### E- PLAN DE TRATAMIENTO

OPERATORIA	ORTODONCIA <input type="checkbox"/>	CIRUGIA ORAL <input type="checkbox"/>	PROTESIS <input type="checkbox"/>
PERIODONCIA	MEDICINA ORAL <input type="checkbox"/>	ENDONONCIA <input type="checkbox"/>	

FIRMA Y CODIGO DEL PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

Mónica Casaplanco Muñoz  
ODONTOLOGA  
PUJ

550 4451

# EVOLUCION

## A- IDENTIFICACION

HOJA No. \_\_\_\_\_

1. NOMBRE		2. APELLIDO DE CASADA		3. NOMBRES		4. N° HISTORIA CLINICA	
Castro				Fara		01141159	
5. EDAD		6. SEXO		7. SERVICIO		8. SALA O CUARTO	
9 años		H <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>		Odontología			
9 años						9. N° 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	
13	05	98	He. Cemento temporal: 46
15	05	98	Resina fotocurado 160.
19	05	98	Exodoncia Simple: 65
10	01	98	Exodoncia Simple en 46.
10	I	02	47 - Pulpectomía, presenta exodoncia en Cond. D
14	08	08	Obturator temporal (11e) + ionomero vidrio (vitre bond) + (coltablo) observación 08-10 días, de 21/08/11
22	09	08	Resina 10) 22
23	09	08	Ionomero 0 21 27
26	01	09	Resin pm 21
03	02	09	Resina 11-03-21
05	07	09	Resina 11-P 11
2	I	09	Ionome de vidrio en 47
26	10	09	Resina de fotocurado del 21 (11) - 26/10/09

# EVOLUCION

## A. IDENTIFICACION

HOJA No. \_\_\_\_\_

1er APELLIDO		2. APELLIDO O DE CASADA		NOMBRES		No. HISTORIA CLINICA	
Crisma		Dona		Odontologia		9114/159	
EDAD		SEXO		SERVICIO		SALA O CUARTO	
AÑOS MESES DIAS		H <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>				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		DETALLE	
A	MES		AÑO
09	11	09	Tratamiento de caries profundas, se realizó restauración en resina, se dejó canal + TV. y se colocó en observación.
10	05	10	Resina DP del 21. <i>Mónica Ramírez</i> ODONTOLÓGA HAB
2	12	2010	Examen clínico, control de Biopsia, activación e instrucción en higiene, debridaje y pulido coronal. <i>Mónica Castañeda Muñoz</i> ODONTOLÓGA PU 5501451
02	11	11	Restauración en resina DP del 21. <i>Maria del Mar Vargas C.</i> ODONTOLÓGA Reg. S.S.O. 1601 C.C. 1075.239.680
16	11	11	Tratamiento de caries profundas en DP del 26. <i>Maria del Mar Vargas C.</i> ODONTOLÓGA Reg. S.S.O. 1601 C.C. 1075.239.680
20	12	11	Histona clínica, control de placa bacteriana y cepillado, debridaje, pasapaseo.
25	01	12	Restauración en Ag. <i>Maria del Mar Vargas C.</i> ODONTOLÓGA Reg. S.S.O. 1601 C.C. 1075.239.680



FECHA			DETALLE
DÍA	MES	AÑO	
03	05	12	Restauración en resina MP del 72 <div> <div>Maria del Mar Vargas C.</div> <div>ODONTÓLOGA</div> <div>Reg. S.S.O. 1601</div> <div>C. C. 1075.239.680</div> </div>
08	05	12	Ag OD del 24 <div> <div>Noheini Cortes Vásquez</div> <div>Odontóloga</div> <div>52068068</div> <div>F.U.S.M.</div> </div>
06	08	12	Ag OM del 25 <div> <div>Maria del Mar Vargas C.</div> <div>ODONTÓLOGA</div> <div>Reg. S.S.O. 1601</div> <div>C. C. 1075.239.680</div> </div>
02	04	13	Amalgama oclusal de 18. <div> <div>Daniela Castro</div> <div>Proxima cita</div> <div>P4P</div> <div> <div>Dr. Yanira Marcela Cayijo</div> <div>ODONTÓLOGA</div> <div>Reg. S.S.O. 1601</div> <div>C. C. 1023.888.372</div> </div> </div>
13	11	13	Examen clínico 1º vez, Se le Realiza control de placa bacteriana y cepillado, PROFILAXIS de FORTRAPE. <div> <div>LAURA ALEJANDRA RIVERA</div> <div>ODONTÓLOGA</div> <div>C.C. 1075.239.680</div> <div>REG. PARS 664</div> </div>
16	07	14	Resina oclusal de 14 <div> <div>Noheini Cortes Vásquez</div> <div>Odontóloga</div> <div>52068068</div> <div>F.U.S.M.</div> </div>
23	07	14	Resina meso Palatino del 14 <div> <div>Marijé Alvarado</div> <div>Odontóloga</div> <div>S.S.O. 1939</div> </div>
26	5	15	Control de placa bacteriana y cepillado <div> <div>medice 20% Detartraje Synergina</div> <div>profilaxis</div> </div>



**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

Apellido		2do Apellido (o de Casada)		Nombres		No. HISTORIA CLINICA	
Castro		Ortega		Daniela		014189	
EDAD		SEXO		ECCU			
29		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>					
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 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
Día	Mes	Año	
09	06	14	McDonna de ccc (Edad 35 años) AntfAm diabete HTA Gout Ant Pat nunca Qx nunca G/B, P. CoAd, ITS nunca Menarquia 12 Años Ciclo menstrual (irregular) - ECCU. Previa 26-06-13 He Metodo de planificación Jodelle. Cuello cervix ectropion. FUI 2-11-13 EP Vello Pubico Rasurado Flujo no presenta DU Talla 160/70mm Hg PE 76x' Ref 51K Dx citología vaginal Plan: Se lleva consentimiento informado Se Revisa sobre hábitos higiénicos, impa tancia para de eor ITS y su protección Autexamen de Rango Se cita en 15 Días o reclamar resultados Kelly Bravo 28 07 14. Se entrega resultados de citología. Anormal. Atípicas indeterminadas (Ascus). Se remite a ginecología para determinar conducta - 44/11/14 Firma: [Firma] 44/11/14

**REMISION DE PACIENTES  
SOLICITUD**

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

**A. IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES**

DE: H/SK A: UNITEC

**B. IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

1er APELLIDO <u>Costa</u>		2do. APELLIDO (O DE CASADA) <u>Ortega</u>		NOMBRES <u>Daniel</u>		No. HISTORIA CLÍNICA EN LA INSTITUCIÓN QUE REMITE	
EDAD <u>25</u>	SEXO <u>M</u>	RESIDENCIA HABITUAL (Dirección, Localidad, Municipio, Sección del País) <u>B/Via Tolima SUC</u>				No. HISTORIA CLÍNICA EN LA INSTITUCIÓN QUE RECIBE	
AÑOS <u>25</u>	MESES <u></u>	DÍAS <u></u>	PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (NOMBRE Y RELACIÓN DE PARENTESCO) <u>Bela Ortega</u>				TELÉFONO <u>3125015906</u>
RESIDENCIA ACTUAL (Dirección, Localidad, Municipio, Sección del País) <u>B/Via Tolima SUC</u>							

**C. SOLICITUD DE ATENCIÓN**

FECHA DE REMISION <u>2014-07-14</u>	MEDICO QUE REMITE <u>MD general</u>	SERVICIO AL CUAL SE REMITE <u>Colposcopia + Biopsia Ginecología</u>
DÍA <u>14</u>	MES <u>Julio</u>	AÑO <u>2014</u>

**D. ORDENAMIENTO**

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

Usando Lamenina de 25 años de edad con oftension en  
 15/11/13 (11)  
 Ant. Edm. Co cervix Ant. Peris nca OX nca Aleng nca  
 W/O 16/11/13 V1 15/11/13 12 años OX nca 15/11/13  
 FUP Nov 2013 FUP 29/06/2004 (PU 4-05-2014) PNH Implanton  
 + Corcamente orientado (11/10/13) No No modas no mitalu  
 El No 11/11/13  
 Pso 2013 TLA 10/10/13 15/11/13 15/11/13  
 DX Anomalias Escamosas Al pica  
 Indeterminadas (ASC-US)  
 Plan Se remite para ox y mon-p x glo.  
 Graciela  
 Dra. Lina Mancera  
 Pérez Múñez  
 C.E. 40.910.915. Res. 2.0.3512





**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		
Castron			Ortega			Daniela		
EDAD			SEXO			No. Historia Clínica		
26			H <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>			014159		
AÑOS - MESES - DIAS			SERVICIO			SALA O CUARTO		
			PYP					
						No. DE CAMA		

20-09-13 16:00

MC: "Pecho a pila"

EA: Pate con se de alto data  
con fiebre en cara interna de MGT con salida de  
material purulento + Ammonia

Ant familiares = HTA: Abuela Patricia  
APP: G1 EX: G1 Alg: G1

Ant G/Obs → G1P1A0V1 Menopausia: 12 años  
Uter: 19 años Cel: 09614 FUR: 15-11-13  
G/Obs: Irregular ITS: Niega FUI

paciente de 26 años de edad que consulta  
al PPF por antecedentes ya evaluados  
Planifus con implante hace 21 meses  
con febril de intensidad 15-11-2013 prob  
en MGT por antecedentes de salud de HSR  
TA: 100/70 FC: 80 FR: 20 Pao: 02 tallo: 1.50 BMI: 2  
Al examen físico: MGT: Se palpa 1 bulto  
flexible superficial con salida de material purulento  
al frotar de ozonil con dolor a la palpación +  
enrojecimiento no rojiza local.  
Se exploran los diferentes miembros de  
Planifus familiar con varicela, de  
dentados + dentado (Quetzalcoatl)

DX: Pecho a pila + Sideremia

FECHA			DETALLE
DIA	MES	AÑO	
2008	15		Peri- Reta d Importe Subordinado en Mof
			- Intra con (seu) (seu) + (seu) (seu)
16	00		Obadol Feb 24 May 20-8-15
			- (seu) (seu) x el 1 ms
			- (seu) (seu) d ITS
			- (seu) (seu) d (seu)
			- (seu) (seu) d 3 meses
			- (seu) (seu) d (seu) y
			(seu) d (seu)
			- (seu) (seu) (seu) X
			(seu) (seu) y (seu)
			(seu) d (seu)
			Nota de Retracon para (seu) y
			Contrapara a (seu) (seu) d
			(seu) (seu) d. Mof. con (seu) +
			(seu), posterior a (seu) (seu)
			(seu) con (seu) (seu) el 24. (seu)
			(seu) y en (seu) a (seu) (seu)
			(seu) (seu) d (seu) d. (seu) en
			(seu) y a (seu) y (seu) flexible
			(seu) (seu) (seu) (seu) (seu)
			(seu) (seu) (seu) + (seu) + (seu)
			(seu) (seu) (seu) y
			(seu) d (seu), (seu) (seu)
			(seu) (seu) y (seu) (seu)
			(seu) en (seu) d (seu) (seu)
			(seu) (seu) d (seu)
			Rob: Al (seu) (seu) a (seu)
			(seu) d (seu) (seu) en (seu)
			(seu)



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

Castro Ortega Daniela			No. HISTORIA CLINICA	
1er Apellido	2do Apellido (o de Casada)	Nombres		014159
EDAD	SEXO	Servicio		Sala o Cuarto
Años Meses Días	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	EPP		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

Día Mes Año

### DÉTAILLE

Via Oral, Se da Ho para 3 meses de educación 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 HC Control de planificación

En Asintomática sin fam Diabetes HTA - Antiox (-) EF Sin Alteraciones reab suministrado ACo. Se entrega orden para adelantar 3 sobre 40' iniciar Asi 15-06-16 28-04-16 28-05-16 3-06-16 23-06-16 se da Ho para 3 mes y 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 cumple cita planificación

ENFERMERA  
REG. PRO. 6238  
INVERSIÓN EN LA SALUD





**LABORATORIO CLINICO**  
 CLAUDIA XIIMENA 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**

QUÍMICA SANGUÍNEA			
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		COPROLÓGICO		FROTIS VAGINAL/URETRAL	
Examen Físico - Químico	Examen Microscópico	Color			
COLOR		Consistencia		Fresco	
Aspecto		Olor	Almidón	Bacterias	
PH		Moco	Grasas	Leucocitos	
DENSIDAD		Células Epiteliales		KOH	
GLUCOSA		Levaduras			
PROTEÍNAS		Flora bacteriana		Gram	
CETONAS		Reacción leucocitaria		PMN	
SANGRE		Parásitos intestinales		FLORA BACTERIANA	
NITRITOS					
UROBIL					
LEUCOCITOS					
OTROS :					

INMUNOLOGÍA		VARIOS	
RESULTADO	VALOR NORMAL	GRAVINDEX	POSITIVA PARA HCG, EN ESTA MUESTRA.
	NO REACTIVO		
RA TEST	MENOR DE 6 mg/dl	Ag HEPATITIS B	
ASTOS	Neg, Menor a 6 UI/ml	BACILOSCOPIA	
AGS FEBRILES	MENOR DE 200 UI/ml	TSH	VN 0.4 – 4.2 uIU/ml
1. Típic O'		P.S.A	VN Hasta 4.0 ng/ml
2. Típic H	Títulos mayores a 1/80		
3. Paratípico A	Son de importancia		
4. Paratípico B	Clínica		
5. Brucella Abortus			
6. Proteus OX19			

BACTERIOLOGA

*Claudia Ximena Gonzalez Tapasco*  
 Bacteri BACTERIOLOGA  
 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		
CASSA			ORRERA			DANIELA			014159		
FECHA DE INSCRIPCION			TIENE HISTORIA EN OTRA INSTITUCION						LUGAR DE NACIMIENTO		
15/11/16			SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>						SAN VICENTE		
DIA MES AÑO			NOMBRE						SEXO		
FECHA DE NACIMIENTO			EDAD			OCUPACION			H M		
12/02/89			29			ESPOSA			M		
DIA MES AÑO			DIAS MESES AÑOS			DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1006518089		
RESIDENCIA ACTUAL			BARRIO EL TAINUNDO						TELÉFONO		
GRUPO DE POBLACIÓN			2 A 14 AÑOS <input type="checkbox"/>			EMBARAZADAS <input checked="" type="checkbox"/>			OTROS <input type="checkbox"/>		

### B. ANAMNESIS

#### DATOS BÁSICOS SOBRE

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

OBSERVACIONES:

SIN ANAMNESIS

### C. EXAMEN FÍSICO ESTOMATOLÓGICO

TEMPERATURA	PULSO	TENSIÓN ARTERIAL	RESPIRACIÓN		
	NORMAL	ANORMAL	NORMAL	ANORMAL	
1. Articulación temporal-mandibular	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Maxilares	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Labios	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Seras Maxilares	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Lengua	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Músculos Masticadores	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Paladar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Sistema Nervioso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Piso de la Boca	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vascular	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Carrillos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linfático regional	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Glándulas Salivales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Función de Oclusión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES:

SIN OBSERVACIONES

EXAMEN DENTAL		SI	NO			SI	NO
1. Supernumerarios	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		5. Placa Blanda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Abrasión	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		6. Placa Calcificada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Manchas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		7. Otros (Cuál)			
4. Patología Pulpar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

EVALUACION DEL ESTADO PERIODONTAL: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: C. or. S. C.

### ODONTOGRAMA

CONVENCIONES:

--	--	--	--	--

VESTIBULAR

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

DERECHO

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65

LINGUALES

85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

IZQUIERDO

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

OTRAS OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

### D- DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO

PRESUNTIVO: _____	DEFINITIVO: <u>enfermedad cariosa</u>
PRONOSTICO: <u>Buena</u>	

### E- PLAN DE TRATAMIENTO

OPERATORIA <input checked="" type="checkbox"/>	ORTODONCIA <input type="checkbox"/>	CIRUGIA ORAL <input type="checkbox"/>	PROTESIS <input type="checkbox"/>
PERIODONCIA <input checked="" type="checkbox"/>	MEDICINA ORAL <input type="checkbox"/>	ENDONONCIA <input type="checkbox"/>	

FIRMA Y CODIGO DEL PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

# EVOLUCIÓN

Hoja No. \_\_\_\_\_

### A. IDENTIFICACIÓN

1er Apellido		2do Apellido (o de Casada)		Nombres		No. HISTORIA CLINICA
EDAD		SEXO				
Años Meses Días		M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	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			DETALLE
Día	Mes	Año	
15	11	86	PACIENTE OBSERVADO CON UN HGO SE UNCE HIGROSA CINTRA COE CORRAL DE BOFIA POTOS COUNTY Y DEMONSTRAR SUCESOS EN SAUD BICAL





## ATENCIÓN PRENATAL

### A. IDENTIFICACIÓN

<b>1. IDENTIFICACION</b> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">Cane</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">1er. APELLIDO</div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">Cabrera</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">2. APELLIDO (O DE CASADA)</div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">Name la</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">NOMBRES</div>	<b>No. HISTORIA CLINICA</b> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> </div>
--	---	---	--

### B. ANTECEDENTES

## 1. FAMILIARES

1. FAMILIARES						7. OTROS (Cuales)		
	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE	
1. DIABETES	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. CARDIOPATÍAS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. EMBARAZO MÚLTIPLE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. TUMORES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. HIPERTENSIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. T.B.C.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

OBSERVACIONES: abuelo y madre DM II + I-ITM

## 2. PERSONALES

HA SUFRIDO DE:	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE
1. HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. TROMBOFLEBITIS (Varices, Venas)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. SÍFILIS.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. CARDIOPATÍAS (Corazón)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. NEFRITIS (Riñones)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. OTROS (Cuales)			

ERVACIONES: \_\_\_\_\_

3.	HISTORIA DE EMBARAZOS ANTERIORES
----	----------------------------------

[illegible]

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

OBSERVACIONES: 62PIU1AO

### C. EMBARAZO ACTUAL

## 1. DATOS BÁSICOS

FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN			FECHA PROBABLE DEL PARTO			EDAD DE LA MADRE (AÑOS)	TALLA
17	04	16	24	06	17	22	150 Cms
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO		



C. EMBARAZO ACTUAL  
2. EXAMEN FÍSICO

REGISTROS MÉDICOS  
SIS - 403

NORMAL - ANORMAL		NORMAL - ANORMAL		NORMAL - ANORMAL	
1. CABEZA: OJOS	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3. TORAX: MAMAS	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4. GINECOLÓGICO: GENITALES EXTERNOS	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NARIZ	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CORAZÓN	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	GENITALES INTERNOS	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
OÍDOS	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ABDOMEN	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PELVIS OSEA	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
BOCA	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	APARATO RESPIRATORIO	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5. EXTREMIDADES	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. CUELLO:	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
OBSERVACIONES: <u>Normal</u>					

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	1/6/17	
PESO (Kg)	53.	53kg	54kg	58kg	60kg	64kg	65	65	
TENSIÓN ARTERIAL m.m. Hg.	110/60	100/60	90/60	100/60	100/60	100/60	100/60	100/60	
FRECUENCIA CARDIACA	80	70x'	76x'	78x'	76x'	76x'	80	65	
CEFALEA SEVERA	NO	SI	A veces	NO	NO	NO	NO	NO	
TRASTORNOS 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'	NO	158	
PRESENTACIÓN	NA	FT.	FT.	FT.	FT.	FT.	FT.	FT.	
EXTREMIDADES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
EDAD DEL EMBARAZO (semanas)	13 SEM	13 SEM	14 SEM	15 SEM	16 SEM	17 SEM	31.3	33.2	
RIESGO MATERNO FETAL	BRO	BRO	BRO	BRO	BRO	ARO	ARO	ARO	
REMISIÓN A.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
FECHA PRÓXIMA CITA	17/11	19/12	17/01	15/02	16/03	21/04	02/05	01/06	
LUGAR SUGERIDO PARTO	U. COOPERATIVA DE CARMONA	U. COOPERATIVA DE CARMONA	U. COOPERATIVA DE CARMONA	U. COOPERATIVA DE CARMONA	U. COOPERATIVA DE CARMONA	U. COOPERATIVA DE CARMONA	U. COOPERATIVA DE CARMONA	U. COOPERATIVA DE CARMONA	
ATENDIDO POR:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p><i>[Firma]</i></p> <p>Enfermera Jefe</p> <p>R-PRO 6238</p> <p>U. COOPERATIVA DE CARMONA</p> </div> <div> <p><i>[Firma]</i></p> <p>Enfermera Jefe</p> <p>R-PRO 6238</p> <p>U. COOPERATIVA DE CARMONA</p> </div> <div> <p><i>[Firma]</i></p> <p>Enfermera Jefe</p> <p>R-PRO 6238</p> <p>U. COOPERATIVA DE CARMONA</p> </div> <div> <p><i>[Firma]</i></p> <p>Enfermera Jefe</p> <p>R-PRO 6238</p> <p>U. COOPERATIVA DE CARMONA</p> </div> <div> <p><i>[Firma]</i></p> <p>Enfermera Jefe</p> <p>R-PRO 6238</p> <p>U. COOPERATIVA DE CARMONA</p> </div> </div>								

3. EXÁMENES DE LABORATORIO Y VACUNA ANTITETÁNICA

EXAMEN	RESULTADO	GRUPO SANGÜÍNEO FACTOR RH.		VACUNA ANTITETÁNICA			
		GESTANTE	CÓNYUGE	APLICACIÓN	DÍA	MES	AÑO
CITOLOGÍA VAGINAL	Verm	O+	NO SCL	1a. DOSIS	1		
				2a. DOSIS			



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

SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
SUBSISTEMA DE INFORMACION

REGISTROS MEDICOS  
SIS - 408

**A. IDENTIFICACION**

**ATENCION GENERAL**

No. Historia Clínica

Cano                      Olveca                      Rumbelo

1er Apellido

2do Apellido (o de casada)

Nombres

EDAD

SEXO

CC 1000518054

CPN HI.

AÑOS MESES DIAS

H ☐ M ☒

SERVICIO

SALA O CUARTO

No. DE CAMA

17/11/2016

CPN HI. Rumbelo

Gestante crónica de 8,5 sem  
por fur 17/10/16. Refiere dolor  
abdominal de tipo cólico, episódico  
occasional, dolor en la zona  
quadrantaria inferior de carabambas  
hacia el lado derecho.  
No hay fiebre, náusea, vómito, ni  
sangrado vaginal.

Embarazo precedido de parto  
de la familia. Se refiere de  
referir el embarazo, pero mal  
señal o psicológico.

Antecedentes

Parto normal, parto normal, parto normal  
que precede 62P1U1A0 fecha parto 29 junio 2004  
no complicación fur 17/10/16, parto normal.

Nº 3, 1º hijo, nacido 12 años, con  
gestación normal, parto normal, parto normal  
dolor de tipo cólico, parto normal, parto normal  
trabajo normal.

Trabajo 16/11/16

① Hemoglobina 11.5 g/dl Hct 38.5% Plv 337000

② Glucosa 78 mg/dl

③ Hemocultivos 0

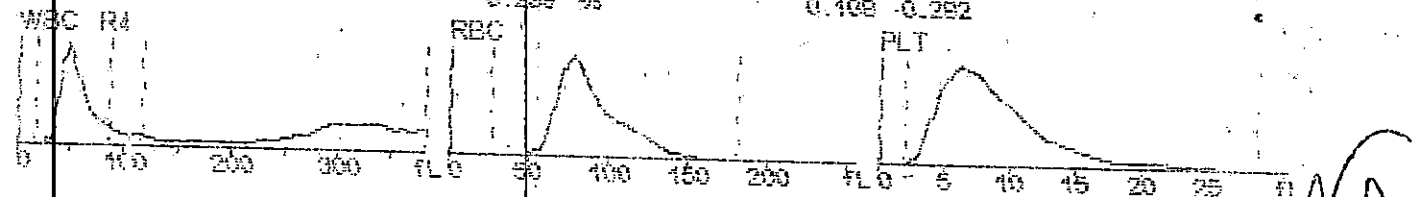
④ Resultado de otros exámenes

FECHA			DETALLE
DÍA	MES	AÑO	
			FFU. NO publicacion
			UPPI (+) VIT (+) HB (-)
			Al examen físico, TA
			peso 53 kg talla 170 cm
			Alenta activa moderada, hidratado, cardiorrespiratorio
			no sup. no agitado, abdomen palpable
			adindio no, vena palpable, extremidades
			no ecchymosis, sin CRT
			las
			- Emb de 8,5 sem por fur
			- 62 PTAOVI
			- Pector último parto 29 mayo 2004
			- B20
			- Numoporo
			- Refijo gastroesofágico
			flam - ulceracion preloquia y actura
			- Acido bilioso muy turb tono laca
			- S.H. reocajas obstruccion loma en 3 sem
			- S.H. anorexia, mabeles 196 - 194
			- (A) repente obstruccion intestinal
			- Cifra ambli - 2 ms
			- Signos alomna axes
			- (A) 10x0 198 - 194
			- Holocho alomna 1000 ca
			- cede amchi

Dra. Carolina Arana Pantoja  
 Médico Cirujano General  
 C.O. 1032-453-837  
 Universidad Nacional de Cuzco

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL NIT 891.190.011-6

Parámetro	Result.	Rango ref.
WBC	8.3 x 10 <sup>3</sup> /uL	4.0 - 10.0
Lymph#	2.9 x 10 <sup>3</sup> /uL	0.6 - 4.0
Mid#	0.4 x 10 <sup>3</sup> /uL	0.0 - 0.8
Gran#	5.0 x 10 <sup>3</sup> /uL	2.0 - 7.0
Lymph%	34.7 %	20.0 - 40.0
Mid%	4.9 %	3.0 - 9.0
Gran%	60.4 %	50.0 - 70.0
HGB	13.2 g/dL	11.0 - 15.0
RBC	4.28 x 10 <sup>6</sup> /uL	3.50 - 5.00
HCT	38.5 %	35.0 - 48.0
MCV	90.1 fL	82.0 - 95.0
MCH	30.8 pg	27.0 - 31.0
MCHC	34.2 g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV	13.5 %	11.5 - 14.5
RDW-SD	45.3 fL	35.0 - 56.0
PLT	337 x 10 <sup>3</sup> /uL	150 - 450
MPV	7.1 fL	7.0 - 11.0
PDW	15.3	15.0 - 17.0
PCT	0.239 %	0.108 - 0.282



DR. AMPARO MACIAS  
BACTERIOLOGA  
U. CATOLICA MANIZALES  
PROMED





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

## EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO

NOMBRE: Daniela Cortes Ortega IDENTIF.: 1006512059 EDAD: 27 SEXO: F

MEDICO: Ismael FECHA: 16/11/2016 EPS: Ases SERVICIO: Cardiología

HEMATOLOGIA		
PARAMETROS	RESULTADO	VALOR NORMAL
HEMOGLOBINA		H14-17/M12-15g/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	0 Positivo	
EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA:		

QUIMICA SANGUINEA		
	RESULTADO	VALOR NORMAL
GLICEMIA	<u>70</u>	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		hasta 150mg/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 <u>1-3</u> X CAMPO DE AP
ASPECTO	HEMATIES <u>0-2</u> X CAMPO DE AP
PH	CEL. EPITELIALES <u>2-4</u> X CAMPO DE AP
DENSIDAD <u>1.010</u>	GLUCOSAS mg/dl <u>negativa</u> X CAMPO DE AP
GLUCOSAS mg/dl	BACTERIAS <u>negativas</u>
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 pseudomicelios:	MOCO
GRAM:	GRASAS
Reacción leucocitaria: <u>negativa</u>	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	<u>No reactivo</u>	NO REACTIVO
PCR		menor de 6mg/l
FR		menor de 8 UI/ml
ASTOS		menor de 200UI/ml
FTA-ABS		NEGATIVO
GRAVINDEX		
HB AgS	<u>No reactivo</u>	NO REACTIVO
Ac anti VIH	<u>No reactivo</u>	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: <u>leucocitos:</u>	
Microbiota bacteriana:	
KOH:	

BACTERIOLOGO(A)

Bacteriología  
M.C.M.A.  
BACTERIOLOGO(A)

THE  
FEDERAL  
BUREAU OF INVESTIGATION  
U. S. DEPARTMENT OF JUSTICE





E.S.E. HOSPITAL  
SAN RAFAEL

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

38  
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 HEPATITIS 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

Calle 5 No 3-38 Telefono (8) 4644101 Fax (8) 4644912  
Email: [hsanrafael123@hotmail.com](mailto:hsanrafael123@hotmail.com)  
San Vicente del Caguan Caquetá Colombia

-----

1.1

1.1.1



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 MÉDICOS  
SIS-412 A

86

### A- IDENTIFICACIÓN DE INSTITUCIONES

DE: TSE San Rafael	A: II - III nivel.
--------------------	--------------------

### B- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO Carlos		2DO. APELLIDO (O CASADA) Orrego		NOMBRES Daniela		NO. HISTORIA CLÍNICA EN LA INSTITUCIÓN QUE REMITE	
EDAD 24	SEXO H	CC 1006518054					
AÑOS MESES DÍAS		H O M X				NO. HISTORIA CLÍNICA EN LA INSTITUCIÓN QUE REMITE	
PERSONAS RESPONSABLES DEL PACIENTE: (NOMBRE Y RELACIÓN DE PARENTESCO)							
RESIDENCIA ACTUAL (Dirección, localidad, municipio, sección del país)						TELÉFONO	

### C- SOLICITUD DE ATENCIÓN

FECHA DE REMISIÓN			MÉDICO QUE REMITE	SERVICIO AL CUAL SE REMITE
DÍA 15	MES NOV	AÑO 16		
			Castro	Neurólogo

### D. ORDENAMIENTO

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

Señaló cervicecix y signos de cervicecix penitencia  
con adecuados signos maternos y fetal,  
no encadenado a la vida uterina, no más  
o con patología

Idk.

trab de 8,5 sem x fui  
G2P1 NOV1.  
FUP 29 JUNIO 2004  
B2 O  
NOMINADO  
REFUGIO gastroenterológico estacion

Dr. Carlos Vivero  
Médico Cirujano General  
Especialista en Ginecología y Obstetricia



NOTA DE TOMA DE CITOLOGIA

FECHA: 16-12-2015

014159

NOMBRE Y APELLIDO: Donida Castro Ortega

EDAD: 26 ID: 1006518059

MC: toma CCV

ANT.FAM: obitos + HA ANT. PAT: C-)

ANT. QX C-)

G/O: G, A C V

ITS: C-)

MENARQUIA: 12 años

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

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

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

CUELLO CERVIX: sono

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

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 lesión intraepitelial se cita en diciembre 2016 o tomar nuevamente citología brasa Rafael

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: 7006518059 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:

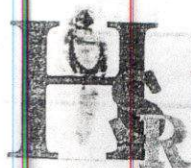
Que se me realice EL EXÁMEN DE CITOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO.

Firma del responsable \_\_\_\_\_  
 C.C. \_\_\_\_\_  
 Ciudad y fecha \_\_\_\_\_

**Caquetá: Gobierno de oportunidades**  
 Calle 5 No 3-38 Telefono (8) 4644101 Fax (8) 4644912  
[www.hospitalsanrafael.gov.co](http://www.hospitalsanrafael.gov.co)  
[info@hospitalsanrafael.gov.co](mailto:info@hospitalsanrafael.gov.co)  
 San Vicente del Caguán Caquetá Colombia







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

SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
SUBSISTEMA DE INFORMACION

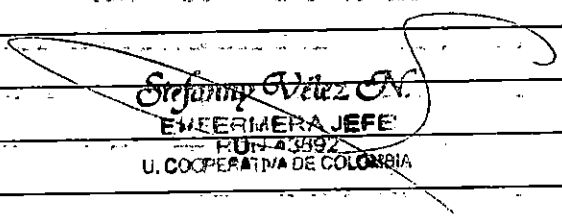
REGISTROS MEDICOS  
SIS - 408

A. IDENTIFICACION

ATENCION GENERAL

Castro			Ortega			Daniela			No. Historia Clínica	
1er Apellido			2do Apellido (o de casada)			Nombres				
EDAD			SEXO							
27			H <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>			CNP				
AÑOS MESES DIAS			SERVICIO			SALA O CUARTO			No. DE CAMA	

19-Dic-2016 MC= control prenatal #2  
2:00pm EA= Pac asintomática, que asiste  
al control sola, alerta, orientada, hidratada  
afebril refiere que ha tenido náuseas  
matutinas, pero que ha estado bien de  
salud.  
Antecedentes = Anotados S  
SV= TA= 100/60 mmHg TAM= 13 mmHg Peso= 53kg  
Talla= 150cm IMC= 23.5 (normopeso) Fc= 76x'  
FR= 18x' T= 36.3°C SpO2= 97%  
ExFx= cabeza y cuello móvil sin altera-  
ciones aparentes, tórax simétrico c/p=utilizado  
P/c= 11+mm sin soplos, mamas simétricas sin  
alteraciones con pezón apto para lactancia  
materna. Abdomen blando sin dolor a la  
palpación. Utero grande AU= NA FCF= 155bpm  
Presentación Fetal. Glo= no se evalúa  
P/e no refiere sangrado ni pérdidas vaginales  
Sintomatología urinaria ext= simétrica  
miembros sin edema sin una de las  
Piel= normal sistema neurológico sin  
deficit aparente, todo el paracéntrico  
U/A= No reactivos H/B= No reactivos Tox 166=  
(3.1) No reactivos tot 16m (5.1) No reactivos  
Unocéntrico = Entero de Faecalis Pubeola 16m=  
(3.08) negativo Rubeola 166 (2.45) negativo  
E-ografía 16/Dic/16 Todo normal (mu)

FECHA			DETALLE
DIA	MES	AÑO	
19	12	16	monitoreo fetal (H) estudio materno nominal: placenta posterior G III tardío amniotico = normal peso fetal = 34gr FPP = 120/120/2017 se examinan resultados a paciente.
			IX - Emb 13,6 Sen X Eco
			- Emb 13,2 Sen X fun
			- 62 PIV 1 Ao
			- FOP 2004
			- nomopeso
			- BRCO
			plan = Pendiente remisión, ya está autorizado x EPS, pero aún no se certifica fecha de cita x disponibilidad.
			SS / microchips
			SS / tox 166-16m
			- se envía Prácticas AIEPI
			- Signos de Alarma (A. exo)
			- for. Anca - met. Anca
			- cita control fun
			- recomendaciones fun
			
			Stefany Velez N. ENFERMERA JEFE FUN 4392 U. COOPERATIVA DE COLOMBIA



**CLINICA DEL PARQUE LTDA**

Tel: 4644293

San Vicente del Cagran - 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

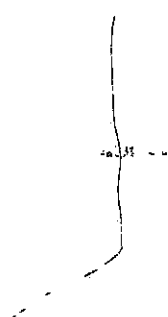
**BIOMETRIA:**

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**

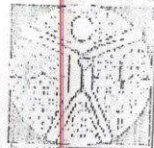
1. Gestación de 13 Semanas +/- 3 días.
2. Feto único vivo longitudinal variable
3. Movimientos fetales activos
4. Actividad cardiaca: 147 x minuto
5. Estudio anatómico: Normal
6. Sexo: NO IDENTIFICADO
7. Placenta: posterior G 0 / III
8. Líquido amniótico: Normal.
9. Peso fetal estimado: 84 GRAMOS
10.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

FIRMA MEDICO





# LABORATORIO CLINICO



# FAMI

MIT 40.085.808-4

*Dra. Edna Isabel Muñoz B.*  
 BACTERIOLOGIA CLINICA • Colegio Mayor de Guadalupe • Bogotá D.C.  
 ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA Y BANDO DE GÁSTRICA • Universidad Javeriana • Bogotá D.C.  
 ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD • Universidad Católica de Manizales  
 T.P. No. 11524 U.S.C.

9097

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

Página 1 de 2

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

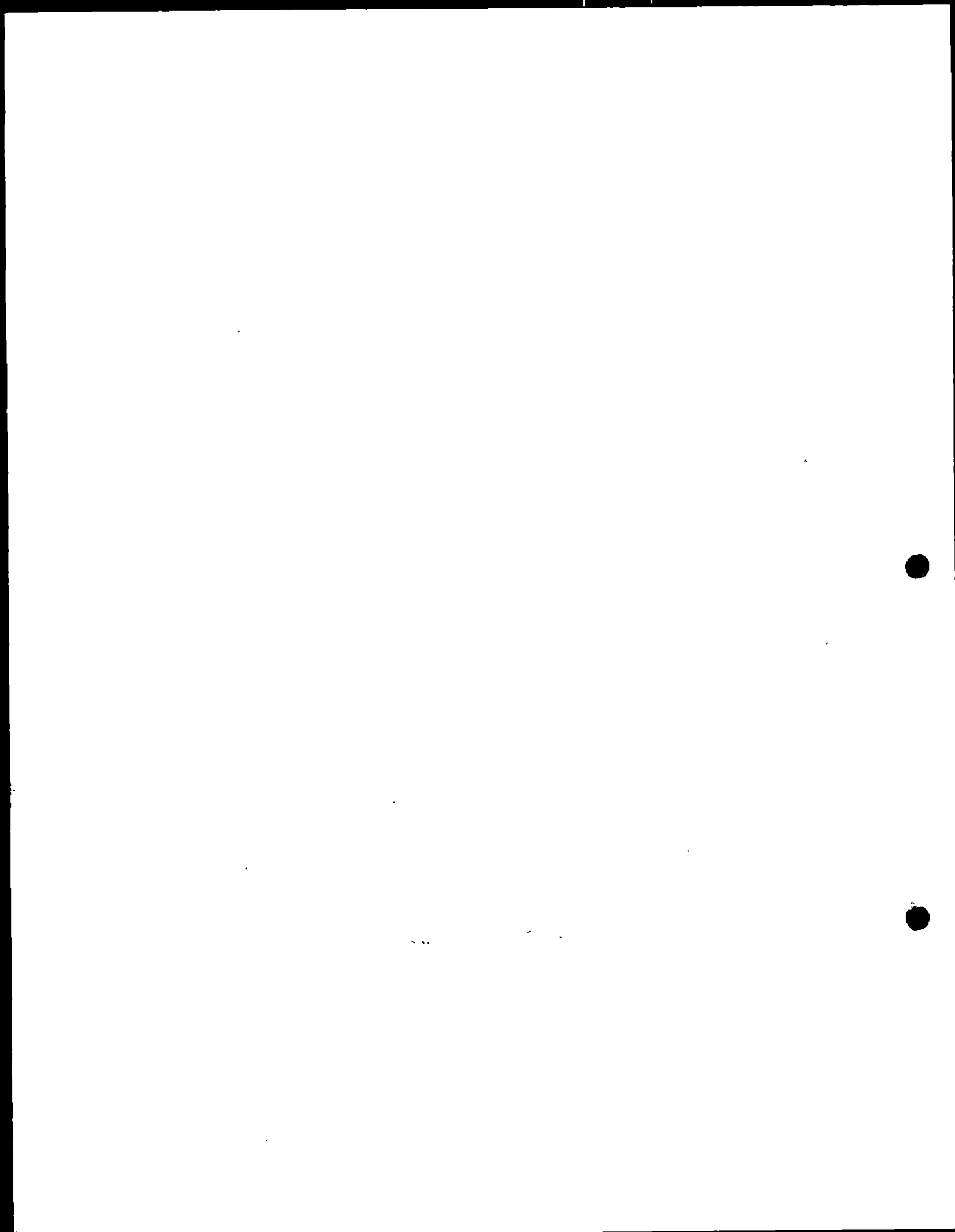
Técnica: Microelisa

*Edna Isabel Muñoz B.*  
 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: gimbermuo@entail.com  
 Florencia - Caquetá

FAMI Clínicos en Salud





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 de Javeriana • Bogotá D.C.  
 ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD • Universidad Católica de Manizales  
 T.P. 1152

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

Página 2 de 2

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
<b>MICROBIOLOGIA</b>			
<b>UROCULTIVO</b>			
Recuento de Colonias	MAS 100.000	UFC/ml	
Tiempo de Incubación	48 HORAS		
Resultado	POSITIVO		
BACTERIA	ENTEROCOCO FAECALIS		
<b>ANTIBIOGRAMA</b>			
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	
Cifloxacín	SENSIBLE	8 ug/ml	
Vancomicina	SENSIBLE	4 ug/ml	
Co-trimoxole	SENSIBLE	8 ug/ml	

*Edna Isabel Muñoz B.*  
 EDNA ISABEL MUÑOZ BERMEO  
 T.P. 1152

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


93  
CL

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

Página 1 de 1

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
<b>ESPECIALES</b>			
TOXOPLASMA IgG			
Resultado:	13.5		Negativo : < 9 Dudoso : 9 - 11 Positivo : > 11
Técnica: Microelisa			
TOXOPLASMA IgM			
Resultado:	1.96		Negativo : < 9 Dudoso : 9 - 11 Positivo : > 11
Técnica: Microelisa			

  
 EDIFICIO EL MUNDO SPM S  
 T.P. 1152

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

FRANCISCO GARCIA DE LA CRUZ



A. IDENTIFICACION

ATENCION GENERAL

1er Apellido		2do Apellido (o de casada)		Nombres		No. Historia Clínica	
Castro		Ortega		Daniela		014159	
EDAD		SEXO		CPN			
27		H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
AÑOS MESES DIAS		SERVICIO		SALA O CUARTO		No. DE CAMA	

17-01-17 MC: CPN #3  
9:20 Am EA: usuaria de 27 años de edad quien asiste a su  
3er CPN acompañada de su esposo, Caminadora x sus propios  
medios alerta, hidratada, afebril, manifiesta sentimientos bien de salud  
Antecedentes: Anestésicos.  
TA: 90/60 mmHg TAM: 70 mmHg peso: 54kg talla: 150cm IMC: 24  
T: 37°C SpO2: 98% Ambiente  
t x fx: Cabeza y Cuello móvil Sin alteración aparente, Torax Simétrico  
mp ventilados rle ritmo con sin soplo abt pero, Serrn globoso  
de ritmo gravido Aus: 16cm FCF: 17 Lpm, Glu: no se valoró  
Ext: Sin edema con varices Menis sin defecto aparente  
Piel normal. usuaria tiene autorización de  
C. de con psicología y nutrición pero no le han dado la  
C. de.

IDx: Emb de 17.4 x Ecograf.

- 62 P.V.
- Secundigestante
- IMC: Adecuado para E. G.
- BPO

Plan. C. Catcio 600mg x 2, S. feruto 300mg x 1  
Educación en puericultura SIPI 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, tomar de MCN, vacunas, parte  
institucional, Manifestación familiar lavado de manos antes y después  
después de ir al baño, Ejercicio de Kegel para  
fortalecer Suelo pélvico.

→ Continúa



FECHA			DETALLE
DÍA	MES	AÑO	
			<p>→ Reconocer los signos de alarma (fiebre, dolor de cabeza, convulsiones, dolor o prurito al orinar y en la boca del estómago, salida de líquido o sangre x vagina, el bebé no se mueve en 24h sumbido en los oídos, visión borrosa, hinchazón de cara, brazos y piernas)</p> <p>Recomendaciones: Gripe y Signos de alarma</p> <p>Esta en manos</p> <p style="text-align: right;"> <i>Susana J. de la Cruz</i>            Enfermera Jefe            K-RC 6238            Universidad del Magdalena         </p>

# ATENCION GENERAL

## A. IDENTIFICACION

Castro			atega			Daniela			No. Historia Clínica	
1er Apellido			2do Apellido (o de casada)			Nombres				
E D A D			S E X O			C N P				
28			H <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>							
AÑOS MESES DIAS			S E R V I C I O			S A L A O C U A R T O			N o . D E C A M A	

15/02/2017 MC= Control Prenatal # 4  
2:00 pm EA= Automática, pte que asiste a consulta sola, alerta, orientada, hidratada, afesal, refiere sentirse bien de salud.  
Ant= Anotados  
Su- TA=100/60 mmHg TAM= 70 mmHg Pso= 58 kg  
Talla= 150 cm IMC= 25.7 sobrepeso gestacional  
FC= 76 x1 FR= 18 x1 Tº= 36.3 ºC SpO2= 97%  
ExFx= Cabeza y cuello normal sin alteración aparente, tórax simétrico CP= untiado Rlc. ritmico sin soplos, mamas simétricas, con pezón erecto para lactancia materna, abdomen blando, globoso, útero grande, sin dolor a la palpación; AU= 21 cm FCF= 14 a 16 cm Presentación Flotante, con movimientos fetales H1  
Glu= no se evalúan pte no refiere sintomatología, no pedículo vaginal, no sangrado, ext- simétricas sin edema, sin uero venoso, piel normal Sistema neurológico sin defecto aparente, pte con remisión a Psuología - nutricional desde 17 nov 2016 sin asistencia o confirmación de CUA, se explica la importancia de la asistencia.  
  
IX-Emb 22.7 cm x Ew  
-Emb 21.4 cm x Fm  
-Grp 1 Fov

FECHA			DETALLE
DÍA	MES	AÑO	
15	02	17	<p>- FUP = 2004</p> <p>- sobrepeso: gestacional</p> <p>- BRJ.</p> <p>Plan = SS/ paraclinicos II trimestre</p> <p>SS/ micronutrientes</p> <p>Pendiente valoración x psicología</p> <p>nutrición</p> <p>Se brinda educación Pautas ATCA</p> <p>TAMIS</p> <p>- Signos de alarma</p> <p>- recomendaciones del embarazo</p> <p>- Cita control 1m</p> <p>- recomendaciones gen</p>
2004	17		<p>Pte con control programado para 3:00 PM se hacen múltiples llamados Pte no asiste a con consulta programada 3:00 PM - 3:09 PM</p>





ESE HOSPITAL  
SAN RAFAEL

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

96

NOTA DE TOMA DE CITOLOGIA

FECHA: 3-02-2017

NOMBRE Y APELLIDO: Daniela Castro Ortega

EDAD: 27 años ID 1006518059 HC 074159

MC: toma de citología

ANT.FAM: CA mama

ANT.PAT: (-)

ANT.QX: (-)

G/O.GPACV: 62 pr di

ITS: (-)

MENARQUIA: 12 años

CICLOS MESTRUALES: regulares

CCV PREVIA: 10-12-2015

METODO DE PLANIFICACION: ninguno

FUM 17-09-2016

E.F.VELLO PUBLICO: despojado

FLUJO: abundante amarro

CUELLO CERVIX: ectropio

SV:

TA:

PESO: 57 kg

FC:

FR:

DX: CITOLOGIA VAGINAL

PLAN: Se llenó 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 recibir resultados.

10-03-2017 Se entrega resultado negativo por lesión intraepitelial

FIRMA DEL RESPONSABLES

ENFERMERA  
PROCC




Con Usted Hacemos Más Por el Caquetá  
Calle 5 No 3-36 Teléfono (8) 4644101 Fax (8) 4644912  
[www.hospitalsanrafael.gov.co](http://www.hospitalsanrafael.gov.co)  
[info@hospitalsanrafael.gov.co](mailto:info@hospitalsanrafael.gov.co)  
San Vicente del Caquán Caquetá Colombia

2



1. The first part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee.



Código:	IESE HOSPITAL SAN RAFAEL  <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO CITOLOGÍA DE CUELLO UTERINO</b>	
Fecha de Aprobación:		
VERSION: En Estudio		

(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 7006578059 de San Vicente edad 27

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 lamina de vidrio llamada portahjeto. Entiendo que este procedimiento consiste, en la colocación de un espejo 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

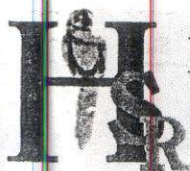
1. En caso de ser paciente embarazada, con historia de amenaza de parto prematuro, no se me instrumentará el canal endocervical. La muestra de la zona de transformación se obtendrá con la espátula de Ayre, al tomar la Muestra exocervical.
2. En caso de ser menor de edad, de uno de los siguientes grupos: Infante: Niña menor de 7 años. 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: 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 cumplan los siguientes requisitos (Prevía determinación de los intereses del paciente, necesidad y urgencia del tratamiento, impacto y riesgo del tratamiento, capacidad y discernimiento del paciente y madurez del menor, Efectos beneficios 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 EXAMEN DE CITOLOGÍA 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

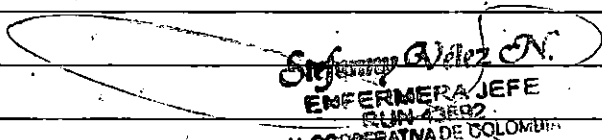
98.

A. IDENTIFICACION

ATENCION GENERAL

Castro			ortega			Daniela			No. Historia Clínica	
1er Apellido			2do Apellido (o de casada)			Nombres				
EDAD		SEXO		CNP						
28										
AÑOS MESES DIAS		H <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>		SERVICIO		SALA O CUARTO		No. DE CAMA		

6/03/2017 MC= Control Prenatal #5  
8:00pm EAE Asintomática Paciente  
quien asiste a consulta en compañía  
de familiar, Pte alerta, orientada, hidratada,  
afebril, refiere sentirse bien de  
humor, Pte con Flujos vaginales con  
comienzo no mal olor.  
Ant= Anotado  
SV= TA=100/60mmHg TAM=70mmHg Peso=60kg  
talla=150cm Tmc=26,6 mmHg Fc=76x1  
FE=13x1 T=36,3°C SR=94%  
Ext= cabeza y cuello norm sin anterio-  
rior aparente, tórax simétrico C/P=  
ventilados Pte= ritmo sin soplos, manos  
simétricas con pulso apto para latencia  
materna. Abdomen globoso, utero grande  
sin dolor a la palpación, AU=24cm  
FEF=140LPM, con movimientos Fetus(+)  
Presentación Frontal, BLO= no se evalúa  
Paciente no refiere sintomatología no  
sangre no pérdida de líquido, paciente  
con Flujos vaginales en los que se le cursa  
tratamiento. ext= simétrico sin edema  
sin venas varicosas, Piel= normal, sistemas  
neurológicos sin déficit aparente. Pte  
se refiere examen VIH (no reactivo)  
HIV (no reactivo) citología negativa

FECHA			DETALLE
DÍA	MES	AÑO	
16	03	17	Se explicar resultados a paciente
			<ul style="list-style-type: none"> <li>IDx - Emh 26,2 Sem x Ew</li> <li>- Emh 25,5 Sem x Fem</li> <li>- G2 P1 ADV1</li> <li>- FUP = 2004</li> <li>- Sonido gestacional</li> <li>- B.P.D.</li> </ul>
			Plan = SS / Parto vaginal SS / Fract. vaginal SS / ecografía de detalle anatomica + perfil biofisico
			SS / Clotrimazol crema vaginal aplicar 10 noche x 7 Días
			SS / Cefalexina 500mg tomar 7/8h x 7 Días
			SS / AJO 600mg x 5 días tomar 1 c-día x 10 Días
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- pendiente cumplimiento = a remisión</li> <li>- a fisiología - nutrición</li> <li>- se brinda educación sobre temas</li> <li>- ASEP - IAMT</li> <li>- Dieta verite PTOB solicitado</li> <li>- se brinda educación sobre gestación</li> <li>- signos de alarma</li> <li>- recomendaciones</li> <li>- Cite control 1 mes</li> <li>- recomendación general</li> </ul>
			 <b>ENFERMERA JEFE</b> RUN 43892 U. COOPERATIVA DE COLOMBIA



A. IDENTIFICACION

ATENCION GENERAL

1er Apellido			2do Apellido (o de casada)			Nombres			No. Historia Clínica		
Castro			Ortega			Daniela					
EDAD			SEXO								
AÑOS MESES DIAS			H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			CPN					
						SERVICIO			SALA O CUARTO		
									No. DE CAMA		

11-04-17 MC: CPN #6  
 9:20am FA: usuaria de 38 años de edad quien  
 asiste a su GPCN sola. Laminar x sus propios  
 medios alerta hidratada afebril, manifiesta  
 sentirse bien de salud.  
 Antecedentes: Añotados  
 EV: TA: 100/60 mmHg TAM: 73 mmHg peso: 64kg talla: 150 cm  
 IMC: 28.4 fe: 76x' FR: 18x' T: 36.7°C SPO2: 98%  
 EXfx: Cabeza y cuello móvil, torax Simétrico c/p  
 ventilado bilc: rítmico sin soplo abd globoso x utero  
 gravido Au: 38cm FCF: 142x' Glu: no se dolor, Ext:  
 Simétrica sin edema y sin ruidos Neu: sin defect  
 aparente Piel: normal.  
 Grae R/L Lab po: Dh: 7-5 D: 1010 leuc: 4-6 tpt: 3-5  
 Bacterias: abundantes FFV: R. leuc: moderado  
 Corynebacterium sp ++ pT06: Aynar Bmg/dl 2h: 102mg/dl  
 Tron: progresiva de detalle anatómico de 01-04-17.  
 Concl: Eb 29 sem - cone. x fun B.f. al momento del exm  
 Feto grande para 7-6. Est. limitado x presen-  
 cia fetal podalico y ECG. Avanzado.  
 10x: Emb de 30.6 sem x fun y ECG  
 - G2 P1V1  
 - Secundigestante  
 - FUV podalico  
 - Feto grande para 7-6.  
 - APO.  
 Plan: Remisión II nivel - G/O.





700

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

A - IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO		2do. APELLIDO (O-DE CASADA)		NOMBRES		No. HISTORIA CLINICA	
Cabo		Olegria		Narela			
EDAD	SEXO	CPN H 2.					
28	H <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	SERVICIO				SALA O CUARTO	
AÑOS MESES DÍAS						No. DE CAMA	

02/ junio 2017	
« CIV 117 »	
Gestante desde 2da hcy con embarazo de 37,3	
sem por diagnóstico pre-parto bien, nada	
actuada uterina, nada mayor nada feble no	
edma, no amniotica no pedicular normal	
Anabacterias	
hemorragias ut - normal toxo 146 reactivo tam neg	
Troc.	
A Ecografía 17/ mayo 2017	
embarazo en 36,2 sem feto unico cervical	
macrotonica fetal polihidramnios moderado peso 3125gr	
respirat 85 nada plac 110 307	
Al exam físico. FC 80mm TA 100/60 Sn 98%	
peso 65kg talla 150cm me 28, 89kg/m <sup>2</sup>	
cuadripulmonar no refu no cardiorrel abdomen	
glóbulo AU yocun FCF 100 l/m Pericardio en	
Prima hemato amilo menu 7 fecunda	
glóbulo 1115	
cda	
- embarazo de 37,3 sem	
- 62 PVI.	
- decuportate	
- feto longitudinal cervical macrotonica + polihidramnios	
- ARO	

FECHA			DETALLE
Día	Mes	año	
			- plan - Remisión Orde para la 6/0
			- Seguimiento 10 al ginecología
			obstetricia
			- Sin rest o bulimia solicitada
			ginecología obstetricia
			- Sin hemorragias ginecología
			- pH 7.4
			- Sin hemorragias utero vaginal
			- membranas intactas
			- ceta 8 de
			- Signos vitales
			- Auscultación de
			corazón al nacer
			tabaco puro
			Notificación: Debido a complicación gestual a término
			con alta morbilidad materna dado el polihidramnios
			+ macrogamia fetal se decide remisión de urgencia
			para la cual se llama a. Asist
			Salud para la cual se llama a. Asist
			paciente ya valorada con ginecología Doctor Gen.
			el cual se da orden médica, se da
			nueva orden de remisión al área
			de explicación a paciente mujer y
			complicación entera y
			retiene esta orden e.
			misma con alta ginecología

Dra. Carol Viviana Aponte Carrasquel  
 C.C. 1032453.05  
 Médico Cirujano  
 Fundación Universitaria

Dra. Carol Viviana Aponte Carrasquel  
 C.C. 1032453.05  
 Médico Cirujano General  
 Fundación Universitaria

74  
707

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

**A - IDENTIFICACIÓN**

Dovele contra Gréga - 1006518059.			No. HISTORIA CLINICA	
1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES		
EDAD	SEXO	No. DE CAMA		
28	H <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>			
AÑOS MESES DÍAS		SERVICIO	SALA O CUARTO	

Paciente programado 9+40. Zella 9+40  
9+45  
9+50.

No atence llamado. No existe a cabal.

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

Se realiza charals 3:00pm hoy en que existe la  
paciente. Acude sola. Antecedente por vómitos y dolor.  
No irritación oraria. No flujo. Percebe mov. fetales.  
Negra pérdidas vaginales. Retiene cateteres de Broxton  
HICKS.

Et al to alebrl hidratada TC GS FRIF Scl 4P/  
T936 (TA 120/80) NO TA 120/80  
auscultación cardio pulmonar sin alteraciones. Abdomen blando  
x alero gruido de AU 3P TCF 15P.  
Mov. fetales + extremidades móviles sin edema. Neuro  
sin déficit Peso 64. talla 1.50 IMC 28.44 No reacciona

Roadnics. 5/6/17. Leucos 5900 N 61.1 Cnt 31.9.  
Hb 12.5 HTO 37.3 Plaq 215000 VORL No reactivo  
HIV no reactivo.

3P.2 (13:3).







**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			Daniel			014159		
EDAD			SEXO			Servicio			Sala o Cuarto		
Años Meses Días			M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>			CPN			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			DETALLE
Día	Mes	Año	
17	11	16	<p>Usuaria de 27 años de edad ingresa a control prenatal, es valorada por la Dra. Carol. Ante G2 P1 V1. SG8. Se fue clasificada en Bajo Riesgo obstétrico. trae reparte de paraclicados de 12 vez. Se pone a odontología y vacunación. Se explica la importancia de los controles prenatales, hábitos 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 exámenes y cita 19-12-16 (D) Toxos IgG IgM Rubéola - Urocultivo - Ecografía - valores rubéola - Psicología - citología</p> <p style="text-align: right;">Aida Maria Silva H. AUXILIAR DE ENFERMERIA CC. 36 307 326</p>
19-12-16			<p>CPN 2 SG 13.6 BPO se da charla sobre cambios y cuidados durante el embarazo. Se dan recomendaciones signos de alarma y cita 17-01-17 (D) Toxos de control y valores x. BPO - valores biológicos</p> <p style="text-align: right;">Aida Maria Silva H. AUXILIAR DE ENFERMERIA CC. 36 307 326</p>
17-01-17			<p>CPN 3 SG 17 BPO se pone a vacunación de influenza se dan recomendaciones signos de alarma y cita 15-02-17 (D) Ck un niño - psicología - Si EPO A TOR 20 BPO NO ASISTE CITA</p> <p style="text-align: right;">Aida Maria Silva H. AUXILIAR DE ENFERMERIA CC. 36 307 326</p>



FECHA			DETALLE
DÍA	MES	AÑO	
15	02	17	CPN#4 S6:22,1 xELO-21,1 xFUM BRO, Se da de la sobre abundancia, prevención de accidentes se dan recomendaciones generales y signos de alarma nueva cita 16/03/17 P//Exámenes II trimestre - Valoración Nutrición Biol Edn
16	03	17	CPN#5 S6:25,5 xFUM BRO, Se dan recomendaciones generales y signos de alarma dolor de cabeza persistente, fiebre, visión borrosa y nueva cita 20/04/17 P// FPU-PO. ecografía detalle - Valoración nutrición Psicología Edna González
21	04	17	CPN#6 S6:30,6 xELO APO, Se dan recomendaciones generales y signos de alarma nueva cita 22/05/17 P 6/0 Edna González
02	06	17	CPN#7 S6:37,3 APO, Se educa sobre la importancia de los controles prenatales lactancia materna exclusiva técnica, de amantamiento 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 S6:37,2 APO, Quirina violada por la Dra Luisa Domínguez quien decide seguimiento por urgencias, se explican signos de alarma P// con tar 6/0 - Monitoreo fetal Edna





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

703  
102

## 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 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 diagnósticas).

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

Firma del Profesional que realizó la Consejería

Nombre: \_\_\_\_\_

Cédula o Registro profesional No. \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_

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

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.

Anexo 3 - Guía de Atención del VIH/SIDA

15-11-16  
B/Trunfo

100

100

100





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

704  
103

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

Yo \_\_\_\_\_, 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 diagnósticas).

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: \_\_\_\_\_

Cédula de Ciudadanía No. \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_

7006518059

San Vicente  
Sigfredo Velez C.A.  
ENFERMERA JEFE  
RUN 43392  
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.

GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ  
SAN VICENTE DEL CAGUAN



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

33  
A/S

2705  
104

NOMBRES <b>Daniela</b>		APELLIDOS <b>castro ortega</b>		CEDULA DE CIUDADANÍA <b>1006518059</b>	
DIRECCIÓN RESIDENCIA HABITUAL <b>B/E/ Truanto</b>		MUNICIPIO <b>San vicente</b>		DEPARTAMENTO <b>Caquetá</b>	
EDAD <b>27</b>	FECHA DE NACIMIENTO <b>12/02/89</b>	MÉTODO DE PLANIFICACIÓN <b>ninguno</b>		TELÉFONO <b>3125515906</b>	
ESTA USTED EMBARAZADA SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN <b>12/09/2016</b>		TIEMPO MESES <b>1</b> AÑOS <b>0</b>	
CITOLOGÍAS PREVIAS SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		FECHA ÚLTIMA CITOLOGÍA <b>16/12/2014</b>		CUAL FUE EL RESULTADO NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/>	
ALGUNA VEZ LE PRACTICARON CAUTERIZACIÓN EN EL CUELLO UTERINO <input type="checkbox"/> HISTERECTOMIA <input type="checkbox"/>		FECHA <b>D M A</b>		CONIZACIÓN DEL CUELLO UTERINO <input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA EN EL ÚTERO <input type="checkbox"/>	
ASPECTO DEL CUELLO <b>ectropio</b>		FECHA <b>D M A</b>		FECHA <b>D M A</b>	
¿FUE LA CITOLOGÍA <b>Eskefany veler</b>		APELLIDOS		NOMBRES <b>Jefe Enfermería</b>	
LABORATORIO		CARGO		FECHA <b>3/02/2017</b>	
		FECHA LECTURA <b>8/2/17</b>		No. DE PLACA <b>639-12</b>	

INFORME DE CITOLOGÍA CERVICO-UTERINA

CALIDAD DE MUESTRA

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> SATISFACTORIA | <input type="checkbox"/> CÉLULAS ENDOCERVICALES/ZONA DE TRANSFORMACIÓN PRESENTE           |
| <input type="checkbox"/> INSATISFACTORIA          | <input checked="" type="checkbox"/> CÉLULAS ENDOCERVICALES/ZONA DE TRANSFORMACIÓN AUSENTE |
| <input type="checkbox"/> RECHAZADA                | <input type="checkbox"/> MATERIAL ESCAMOSO ESCASO   |
|   | <input type="checkbox"/> CONTAMINANTES  |
|   | <input type="checkbox"/> LÁMINA SIN IDENTIFICAR   |
|   | <input type="checkbox"/> LÁMINA INCOMPLETA  |
|   | <input type="checkbox"/> EXTENDIDO GRUESO   |
|   | <input type="checkbox"/> MAL FIJADA   |
|   | <input type="checkbox"/> LÁMINA ROTA  |
|   | <input type="checkbox"/> SIN FORMATO  |

CATEGORIZACIÓN GENERAL

- ☒ 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

- ☒ CAMBIOS REACTIVOS ASOCIADOS A INFLAMACIÓN
- ☐ CAMBIOS REACTIVOS ASOCIADOS A RADIACIÓN
- ☐ CAMBIOS REACTIVOS ASOCIADOS A DIU
- ☐ CÉLULAS GLANDULARES POS-HISTERECTOMIA
- ☐ ATROFIA

ANOMALÍAS CÉLULAS ESCAMOSAS

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ATÍPICAS                            | <input type="checkbox"/> INDETERMINADAS (ASC-US)   |
| <input type="checkbox"/> LESIÓN INTRAEPITELIAL               | <input type="checkbox"/> SOSPECHOSAS ALTO GRADO (ASC-H)  |
|  | <input type="checkbox"/> BAJO GRADO (INFECCIÓN VPH, DISPLASIA LEVE, NIC I)                                     |
|  | <input type="checkbox"/> ALTO GRADO (DISPLASIA MODERADA, NIC II, DISPLASIA SEVERA, CARCINOMA IN SITU, NIC III) |
| <input type="checkbox"/> CARCINOMA ESCAMOCELULAR INFILTRANTE |  |

ANOMALÍAS CÉLULAS GLANDULARES

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ATÍPICAS                        | <input type="checkbox"/> ENDOCERVICAL |
| <input type="checkbox"/> ATÍPICAS QUE SUGIEREN NEOPLASIA | <input type="checkbox"/> ENDOMETRIAL  |
| <input type="checkbox"/> ADENOCARCINOMA IN SITU          | <input type="checkbox"/> OTROS        |
| <input type="checkbox"/> ADENOCARCINOMA INFILTRANTE      |                                       |

COMENTARIOS:

LECTURA:

REVISIÓN:

FECHA:





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

## EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO

NOMBRE: DANIELA CASTAÑO OTEGA IDENTIF.: 1006518059 EDAD: 28 SEXO: F  
MEDICO: STEFANY FECHA: 13-03-17 EPS: ALS SERVICIO: C-EXT

HEMATOLOGIA		
PARAMETROS	RESULTADO	VALOR NORMAL
HEMOGLOBINA		H14-17/M12-15g/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/dl
PTOG (embetazados) ayunas		menor de 92 mg/dl
1 hora post carga de 75 g		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		hasta 150mg/dl
HDL-C		40-60mg/dl
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
GLUCOSA mg/dl	BACTERIAS	
PROTEINAS mg/dl	MOCO	
SANGRE	CRISTALES:	
NITRITOS		
UROBIL. mg/dl		
LEUCOCITOS	CILINDROS	
BILIRRUBINAS		
LEVADURAS	OTROS	
CETONAS mg/dl		

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		
Ac anti VIH	No reactivo	NO REACTIVO
AG FEBRILES		NO REACTIVO
1 TIFICO O		NEGATIVO
2 FLAGELAR H		NEGATIVO
3 PARATIFICO A		NEGATIVO
4 PARATIFICO B		NEGATIVO
5 bruceia abortus		NEGATIVO
6 proteus OX19		NEGATIVO
OBSERVACIONES:		

FROTIS VAGINAL-URETRAL	COPROLOGICO
EXAMEN FRESCO:	COLOR:
Células guía:	CONSISTENCIA:
Trofozoitos de Trichomona vaginalis:	ALMIDON
Blastoconidias y pseudomicelios:	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:	

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

BACTERIOLOGO(A)

*Nashery Lina*  
Bacterióloga  
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 cardíaca 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 nuchal: 5mm.
CARA Y CUELLO:	Simétrica, Diámetro interorbitario: NAm. 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 cardíaca extendida, situs solitus con levocardia y mesoápex, relación cardiorálica 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 íntegra sin evidencia de defecto aparente. Genitales fenotipo MASCULINO
COLUMNA V.	VISUALIZADA DE ASPECTO NORMAL.
EXTREMIDADES:	De difícil valoración por posición fetal y EG avanzada

## CONCLUSIÓN:

- 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 ecografía obstétrica y perfil biofísico 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

SALUD MATERNO FETAL Y REPRODUCTIVA S.A.S  
 CALLE 3 SUR N° 4-44, EDIFICIO CENTRO EMPRESARIAL LOS ANDES, SEGUNDO PISO, LOCAL 201.  
 TEL: 3110496500 - 3116436883-8366990  
 PITUITO - HUILO

DIGITADO POR: EDITH GUZMAN





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 MÉDICOS  
SIS-412 A

708

### A. IDENTIFICACIÓN DE INSTITUCIONES

DE: ESE HGR	A: II Nivel
-------------	-------------

### B. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1ER. APELLIDO: Ortiz	2DO. APELLIDO (O CASADA): Ortiz	NOMBRES: Daniela	NO. HISTORIA CLÍNICA EN LA INSTITUCIÓN QUE REMITE
EDAD: 8	SEXO: F		
AÑOS MESES DIAS: 0 0 0	HO: 13	MO: 1	DIAS: 1
PERSONAS RESPONSABLES DEL PACIENTE: (NOMBRE Y RELACIÓN DE PARENTESCO)			NO. HISTORIA CLÍNICA EN LA INSTITUCIÓN QUE REMITE
RESIDENCIA ACTUAL (Dirección, localidad, municipio, sección del país)			TELÉFONO: 3125515906

### C. SOLICITUD DE ATENCIÓN

FECHA DE REMISION: 01/11/17	MEDICO QUE REMITE: [Firma]	SERVICIO AL CUAL SE REMITE: Ginecología
-----------------------------	----------------------------	---

### D. ORDENAMIENTO

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

Historia de 28 años de edad, quince años de gestación, x. ECG normal, 7 trimestres. APP(+) APP(-) tox(+) (-) Rx(-) Glu: 62 mg/dl. Hematocrito: 12 años, J.V.S.: 16 años, #C.S.: 2, ITS: (-), planific(-). Citología: R/- CCU. Tumor: 13-09-16, TAP: 24-06-17. Ref: Tob: VIH No reactivo, HB: No reactivo, PTGB: Pre: 73, 1b 107 mg/dl 2h. SV: TA: 100/60 mmHg, TAM: 13 mmHg, Peso: 64 kg, Talla: 150 cm. MC: 98.4, FC: 76 x', TP: 18 x', T: 36.7°C, GRC: 98.7, Au: 28 cm. FCF: 142 x'.

Al examen físico se encuentra Abd plano x útero. Gravidu Au: 28 cm, dolor a la derecha, podalic. IDx: Emb de 30.6 cm x ECG. - G2P1V1, - Secundogestante, - FUV Podalic, - ARO - feto grande para EG. Plan: SS Vx y parto su espontáneo.

[Firma]  
C.C. 13684592  
Médico General

1

2

1

1





GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ  
E.S.E. HOSPITAL  
SAN RAFAEL  
NIT. 891.190.011-0

## EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO

NOMBRE: Donato Bola Ortiz IDENTIF: 100651009 EDAD: 28 SEXO: M

MEDICO: Stany FECHA: 28/04/2017 EPS: Asab SERVICIO: Control

HEMATOLOGIA		
PARAMETROS	RESULTADO	VALOR NORMAL
HEMOGLOBINA		H14-17/M12-15g/dl
HEMATOCRITO		H42-52/M37-47%
LEUCOCITOS		5.000-10.000/mm <sup>3</sup>
NEUTROFILOS		55-70%
LINFOCITOS		17-45%
MONOCITOS		2-8%
EOSINOFILOS		1-4%
BASOFILOS		0.2-1.2%
CAYADOS		0-2%
PLAQUETAS		150-450/mm <sup>3</sup>
VSG		0-20mm/h
GOTA GRUESA		NEGATIVO
HEMOCLASIFICACION		
EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA:		

QUIMICA SANGUINEA		
	RESULTADO	VALOR NORMAL
GLICEMIA		70-110mg/dl
PTOG (enhierezo) ayunas		menor de 92 mg/dl
1 hora post carga de 75 g		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		hasta 150mg/dl
HDL-C		40-60mg/dl
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	CEL. EPITELIALES	3-5 X CAMPO DE AP
DENSIDAD	CEL. RENALES	X CAMPO DE AP
GLUCOSA mg/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 pseudomicelios:	MOCO
GRAM:	GRASAS
Reacción leucocitaria:	moderada
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
GRAINDEX		
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.

Maria Amparo Valenzuela  
BACTERIOLOGO(A)

Nashely Lobo Hoyos  
Bacteriologa  
BACTERIOLOGO(A)  
REG. 2445





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 1 hora		Menos de 180 mg/dl
Glicemia Postprandial 2 Horas		Menos de 155 mg/dl
Glicemia Postprandial 3 Horas		Menos de 140 mg/dl
TRIGLICÉRIDOS	107 mg/dl	Hasta 150 mg/dl
COLESTEROL		Hasta 200 mg/dl
ÁCIDO ÚRICO		7-18 mg/dl
CREATININA		Hombres 3,4-7,0 / Mujeres 2,4-5,7 mg/dl
BIL. TOTAL		Hombres 0.7-1.2 / Mujeres 0.5-1.0 ml/dl
BIL. DIRECTA		Hasta 1.0 mg/dl
BIL. INDIRECTA		Hasta 0.25 mg/dl

UROANÁLISIS

Examen Físico - Químico	Examen Microscópico	COPROLÓGICO	FROTIS VAGINAL/URETRAL
COLOR		Color	
Aspecto		Consistencia	Fresco
PH		Olor	Bacterias
DENSIDAD		Almidón	Leucocitos
GLUCOSA		Grasas	KOH
PROTEÍNAS		Nematíes	
CETONAS		Levaduras	
SANGRE		Flora bacteriana	Gram
NITRITOS		Reacción leucocitaria	PMN
UROBIL		Parásitos intestinales	FLORA BACTERIANA
LEUCOCITOS			
OTROS :			

INMUNOLOGÍA

RESULTADO	VALOR NORMAL	GRAVINDEX	VARIOS
	NO REACTIVO		
	MENOR DE 6 mg/dl	Ag HEPATITIS B	
RA TEST	Neg, Menor a 6 UI/ml	BACILOSCOPIA	
ASTOS	MENOR DE 200 UI/ml	TSH	VN 0.4 - 4.2 uIU/ml
AGS FEBRILES		P.S.A	VN Hasta 4.0 ng/ml
1. Típico O	Títulos mayores a 1/80	HEMOGLOBINA GLICOSILADA:	
2. Típico H	Son de importancia	Valor Normal:	
3. Paratípico A	Clínica	Adultos: 2.2-4.8 %	
4. Paratípico B		Diabéticos bien controlados: 2.5-5.9 %	
5. Brucella Abortus		Diabéticos con control suficiente: 6-8.0 %	
6. Proteus OX19		Diabéticos mal controlados: Mayor a 8%	

BACTERIOLOGA

BACTERIOLOGA



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
Líquido 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.

Calle 15 No 9-21 Barrio El Centro

*Rosa*  
18/05/17

2000 10 10





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

172

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

Yo \_\_\_\_\_, 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 diagnósticas).

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 \_\_\_\_\_

*Dr. Carlos Vivero Barrantes*  
E.S.E. Hospital San Rafael  
Med. de Cirujano Gen.  
Firma: \_\_\_\_\_  
Cédula: \_\_\_\_\_

**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.

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL / SAN VICENTE DEL CAGUAN

ID: 4313

Modo: Completa

Hora: 06-06-2017 10:19

Nombre: DANIELA CASTRO ORTEGA

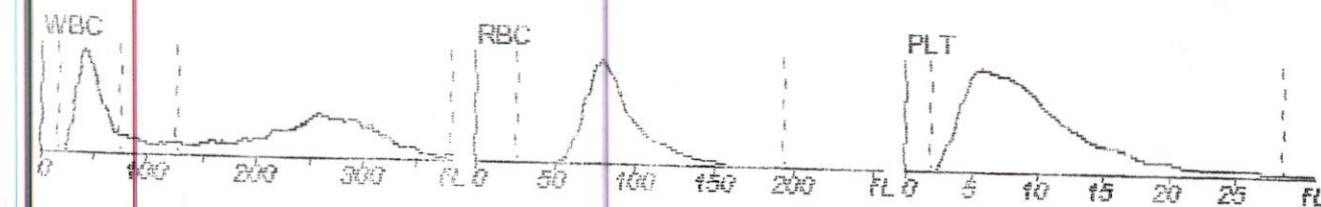
Sexo: Mujer Edad: 28 años

N.º hist clin:

N.º cama:

Dept.: CONSULTA EXTERNA

Parámetro	Result.	Rango ref.
WBC	5.7 x 10 <sup>9</sup> /L	4.0 - 10.0
Lymph#	1.8 x 10 <sup>9</sup> /L	0.8 - 4.0
Mid#	0.4 x 10 <sup>9</sup> /L	0.1 - 1.5
Gran#	3.5 x 10 <sup>9</sup> /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 <sup>12</sup> /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 <sup>9</sup> /L	100 - 300
MPV	7.8 fL	6.5 - 12.0
PDW	15.3	9.0 - 17.0
PCV	0.167 %	0.108 - 0.282



Rece.: CAROL

Analiz.: NASHELY L

Compr.: ASMET SALUD

*Nashely Hoyos*  
Bacteriología  
I.U.C.M.A.  
REC: 6446

1315

Paciente: Yumier Vito U IDENTIFIC: 1006518059 EDAD: 28 SEXO: 113  
 MEDICO: Carol FECHA: 5/08/08 EPS: Antel SERVICIO: Control

HEMATOLOGIA		
PARAMETROS	RESULTADO	VALOR NORMAL
HEMOGLOBINA		H14-17/M12-16g/dl
HEMATOCRITO		H42-52/M37-47%
LEUCOCITOS		5.000-10.000/mm <sup>3</sup>
NEUTROFILOS		55-70%
LINFOCITOS		17-45%
MONOCITOS		2-8%
EOSINOFILOS		1-4%
BASOFILOS		0.2-1.2%
CAVADOS		0-2%
PLAQUETAS		150-450/mm <sup>3</sup>
VSG		0-20mm/h
GOA GRUESA		NEGATIVO
HEMOCLASIFICACION		

EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA:

QUIMICA SANGUINEA		
	RESULTADO	VALOR NORMAL
GLICEMIA		70-110mg/dl
PTOC (enzimas de la sangre)		menor de 82 mg/dl
1 hora post carga de 75 g		menor de 180 mg/dl
2 horas post carga:		menor de 160 mg/dl
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		70-180mg/dl
ACIDO URICO		113.427 M 2.4-6 mg/dl
BUN		0-20 mg/dl
CREATININA		110.7-1.3mg/dl M 0.6-1.0mg/dl
BIL. TOTAL		0.3-1.8 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
GLUCOSA mg/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 gita:	CONSISTENCIA:
Trofozoitos de Trichomonas vaginalis:	ALMIDON
Blastoconidias y pseudomicelios:	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/dl
ER		menor de 8 U/ml
ASTOS		menor de 200 U/ml
PIA-ABS		NEGATIVO
GRAVINDEX		
HBsAg		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 REPETIDA CON LA MUESTRA RECIBIDA. LOS DATOS NO CONCIERDEN CON LA CLINICA DEL PACIENTE REPETIR EL EXAMEN DE LA MUESTRA.

BACTERIOLOGO(A)

Bacteriologa  
 REG. 6456 BACTERIOLOGO(A)

2673 268 aut aut 1715.

CODIGO: F-SGC-TM 0046	GOVERNACIÓN DEL CAQUETÁ <b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL</b> NIT. 891.190.011-8	
FECHA DE APROBACIÓN: 31 DE MARZO DE 2006		
VERSIÓN: DOS		
<b>TRIAGE MEDICO</b>		

<b>TRIAGE MEDICO</b>	No. HISTORIA CLINICA <b>014159</b>
----------------------	------------------------------------

FECHA (DIA/MES/AÑO)	HORA ATENCIÓN (Formato en 24 hr)	IDENTIFICACION		NOMBRES Y APELLIDOS
13/06/13	12:30	TIPO	NUMERO	
		ee	100651809	Daniel Carlos Ortiz

DIRECCIÓN:		CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>	ASEGURADORA	FECHA NACIMIENTO (DIA/MES/AÑO)
TELEFONO	BARRIO <input type="checkbox"/> VEREDA <input type="checkbox"/>			
MUNICIPIO <b>sb</b>		SUBSIDIADO <input type="checkbox"/>	COTIZANTE <input type="checkbox"/>	EDAD <b>28 años</b>
CUAL: DEPARTAMENTO <b>Ept</b>		OTRO CUAL		

MOTIVO DE CONSULTA (Textual como lo refiere el paciente) <b>vine a monitorear y no se siente el bebe</b>	SIGNOS VITALES					TIPO DE RIESGO
	FC	FR	T °C	TA	SatO2 (FIO2 21%)	
	93	70	36	110/70	98	
	RESUMEN ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO					
	PRIORIDAD ATENCION	TRIAGE I <input type="checkbox"/>				ENFERMEDAD GENERAL <input checked="" type="checkbox"/>
		TRIAGE II <input type="checkbox"/>				EMBARAZO/MATERNIDAD <input type="checkbox"/>
		TRIAGE III <input checked="" type="checkbox"/>				ACCIDENTE TRANSITO <input type="checkbox"/>
		TRIAGE IV <input type="checkbox"/>				ACCIDENTE TRABAJO <input type="checkbox"/>
		DIAGNOSTICO(S) Y/O COD.CIE 10				EVENTO CATASTROFICO <input type="checkbox"/>
						ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/>
						TRAUMATISMO <input type="checkbox"/>
						VIOLENCIA INTRA FAMILIAR <input type="checkbox"/>
						VIOLENCIA SEXUAL <input type="checkbox"/>

DESTINO DEL PACIENTE:	<input type="checkbox"/> CONSULTA URGENCIAS	<input type="checkbox"/> CONSULTA PRIORITARIA	<input type="checkbox"/> 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-

716  
715

## HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

074159

Distrib.		Prioridad		Clasificación		No. HC.	
----------	--	-----------	--	---------------	--	---------	--

NOMBRE	Daniela Castro Ortega		C.C. O.T.I.	1006518059	EDAD	28	SEXO	H	M	ESTADO CIVIL			
DIRECCION			BARRIO		TELÉFONO		FECHA DE INGRESO		HORA				
ACOMPAN.			DIRECCIÓN		TELÉFONO		FECHA DE SALIDA		HORA				

NATURAL		PROCEDENTE		OCUPACION	
---------	--	------------	--	-----------	--

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL	Ref. a monitoreo paciente femenino de 28 años G2 P1 A0 v1 con gestación 39-0 sm por Ecografía				
--	---	--	--	--	--

ANTECEDENTES	de 38,3 sm por FUE no confiable del 12-sep-16. quien asiste hoy a monito- reo fetal control durante el cual				
--------------	---	--	--	--	--

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	HALLAZGOS no es posible auscultar feto car- diaca reintegra a paciente quien referi- re cuadro clínico de 2 días de evolución con consistente en dolor abdominal tipo cólico irradiado a región hipogástrica a derecha no súbito.				
NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/>				
ANORMAL	<input type="checkbox"/>				

CABEZA Y ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	HALLAZGOS unidos feto dentro de útero sin consulta previa por servicios de urgen- cias de urgencia por dolor abdominal, síntoma para un diagnóstico de 9 días de evolución Antecedentes personales put. c-1, hipertensi- ón c-1, toxemia, + feo. g. 12				
NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/>				
ANORMAL	<input type="checkbox"/>				

CUELLO Y TORAX	HALLAZGOS 9 años G2 P1 A0 v1, FUE 2004 CPH #8 feto c-1, parámetros del control ver libro amaro.				
NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/>				
ANORMAL	<input type="checkbox"/>				

CARDIO-RESPIRATORIO	HALLAZGOS				
NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/>				
ANORMAL	<input type="checkbox"/>				

<b>ABDOMEN Y GENITOURINARIO</b>  NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>		<b>HALLAZGOS</b> globosoforo furogrados Hc 36 cm, fondo feto uno flotante efeludo, si de ella, FEF no audible, no responde a estímulos auditivos ni sensitivos, capino NHE. cuello largo pos-			
<b>EXTREMIDADES Y OSTEOARTICULAR</b>  NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>		<b>HALLAZGOS</b> fur cerrado. 3m puldulas. no se ven. Hcudo caplar 25g			
<b>NEUROLOGICO</b>  NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>		<b>HALLAZGOS</b>			
<b>IMPRESION DIAGNOSTICA</b> Certificación de 31.08.04 Hc 30.3 x FUR NO. Obito feto f. a clinica 62 p. 1 A. 0. v. 1 FUP 2004.		<b>EXÁMENES SOLICITADOS</b> ss Hemograma Hcudo feto f. VDRL VIH.			
<b>PRESCRIPCION</b> Observacion Bolo DAD 5% 300cc posir Bolo 500cc con turegall. Decidido litar 13 quita sonda vesical a cateter Permitir ungula a cat de cuerpo con plomado		<b>PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS</b> a explor. g Puente puco Jawimpante por tubulo de fer exte y ducta			
<b>DESTINO DEL PACIENTE</b>	Salida	Hospitalización	<b>REMITIDO A:</b>	Consulta Externa de:	Angie Laserna C.C. 046.428.1/8 MEDICO
	Observacion	Morgue		Interconsulta de:	
Reporte de Precios Hemogramas Hc 5000 cu y 2.9 p. Hw 64.8% Hb 12.5 Hct 37.6 MCV 96.9 PLT 204000 VDRL NR VIH NR.					
<b>MEDICO RESPONSABLE</b>	Nombre	Firma	MEDICO		
<b>DOCENTE</b>	Nombre	Firma	Categoría		

ATENCION GENERAL

## A. IDENTIFICACION

AÑOS MESES DIAS		SEXO		SERVICIO		SALA O CUARTO		No. DE CAMA	
30		M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>							
EDAD									
1er Apellido		2do Apellido (o de casada)		Nombre					
Cunha		Ortega		Daniela					
No. Historia Clínica									

13-6-17. Parvulus conchus  
8 conchales presentis. 13-01-12. 70x0  
Pumma 160 H315 19M 1196 pms.  
21-11-16. Topopuma. 16631. 119.145,  
01-12-16 Palula. 106. 2745. 19M  
3.08. H6B 13,2. Alt. 33706 ftlis  
Cumfoun. 0 + UDL NR Ulf NR gluta  
28. 13-3-12. UDL NR Ulf NR play-  
20. 21-2017 73mg. 2wum 107mg  
2-6-17. Hugganda. fwc. 5700.  
CMT. 37.0%. Ntu. 6.1. H6B 12.5  
HCTO. 37.7%. PLT. 21500. JDLXNR  
Ulf NR. Fedgraves #116-12-16.  
Gaution dr 18,3 gum fetu (uu cum)  
Xongutrud. Varubte. Pcutra pos  
fuor grado. 9. LHA ordnd. PF 849r.  
Ecogre. Neille ando mwo. 01-4-17.  
Gaution 29.0 gum boerufas fetu ad  
mouito etit leauon. fetu gromot  
Para la cadet gaution. atrols  
Verid por posion potalus y  
=6 aldnguts. an lurt supende  
du noi melatet 23cm, pulda flota  
Postur gradoll. #3. 17-6-17  
Gaution 3612 sum. tetacuum  
macosom. fetif. poludawus  
modemato. Plucto fructes. Gradoll







REGISTROS MEDICOS  
SIS 409

## Hoia No.

1er Apellido		2do Apellido (o de Casada)		Nombres		No. HISTORIA CLINICA	
Castro		Cortez		Daniela			
EDAD		SEXO				1006518050	
28		M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>		Urgencia			
Años Meses Días		Servicio		Sala o Cuarto		No. de Cama	

- 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			DETALLE
Día	Mes	Año	
13	06	17	<p>12+35 Ingresó padante de 20 años de Edad al servicio de Urgencias consciente alerta orientado, empujando caminando por sus propios medios acompañado de familiar por referir "vine a monitoreo y no se siente el bebé" se toman SV TA 110/70 FC 93 x' T° 36°C FR 22 x' SpO2 98% se para historia clínica a media de turno quien valora ordena medicación, paracetamol, sonda vesical y remision a II nivel de complejidad.</p> <p>12+45 Se inicia procedimiento a cava previa asepsia antiséptica se canaliza con Jelo H18 H15D se toman paracetamol de administración medicación según orden médica 12+55 Jelo del servicio realiza punto de sonda vesical a sist fl. previa asepsia antiséptica sin ninguna complicación, deja a libre drenaje, se p 13+30 Se entrega mamá a auxiliar de remisiones consciente alerta orientado ansiosa con LAV permeable, sonda vesical a sist fl, SV TA 110/70 FC 86 x' SpO2 98% T° 36°C FC F no audible se para historia a cargo de familiar asistido por enfermera de familiar</p>

**IMPRESOS CAMACHO F. TELEFONO.: 4354666**

[illegible]



ESE HOSPITAL SAN RAFAEL / SAN VICENTE DEL CAGUAN

ID: 3606

Modo: Completo

Hora: 13-06-2017 14:16

Nombre: DANIELA CASTRO

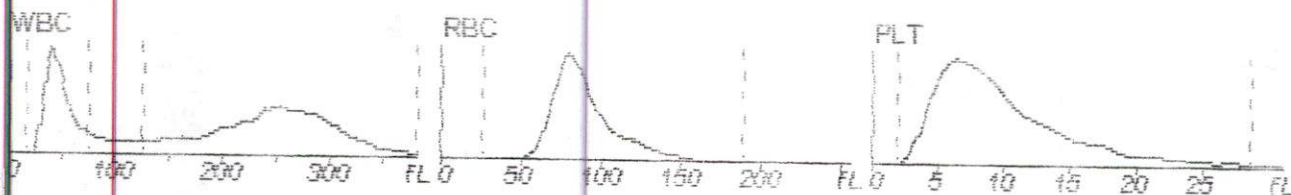
Sexo: Mujer Edad: 28 años

N.º hist clin:

N.º cama:

Dept.: URGENCIAS

Parámetro	Result.	Rango ref.
WBC	8.0 x 10 <sup>9</sup> /L	4.0 - 10.0
Lymph#	2.2 x 10 <sup>9</sup> /L	0.8 - 4.0
Mid#	0.6 x 10 <sup>9</sup> /L	0.1 - 1.5
Gran#	5.2 x 10 <sup>9</sup> /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 <sup>12</sup> /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 <sup>9</sup> /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.: NASHLEY L

Compr.: ASMET SALUD

Nashley L. Hoyos  
Bacterióloga  
I.C.M.A.  
RES. 5-1-13





COORDINACIÓN DEL CAJAMETA  
E.S.E. HOSPITAL  
SAN RAFAEL  
NIT. 091.190.011-0

3607

# EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO

NOMBRE: Daniela Castro IDENTIFIC: 10126518059 EDAD: 39 SEXO: F  
MEDICO: Ange L. FECHA: 19-6-17 EPS: AIS SERVICIO: URG

HEMATOLOGIA		
PARAMETROS	RESULTADO	VALOR NORMAL
HEMOGLOBINA		H14-17/M12-16g/dl
HEMATOCRITO		H42-52/M37-47%
LEUCOCITOS		5.000-10.000/mm <sup>3</sup>
NEUTROFILOS		55-70%
LINFOCITOS		17-45%
MONOCITOS		2-8%
EOSINOFILOS		1-4%
BASOFILOS		0.2-1.2%
PLAQUETAS		150-450/mm <sup>3</sup>
VSG		0-20mm/h
GOJA GRUESA		NEGATIVO
HEMOCLASIFICACION		
EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA:		

QUIMICA SANGUINEA		
	RESULTADO	VALOR NORMAL
GLICEMIA		70-110mg/dl
PTOG (embrazados) ayuno		menor de 82 mg/dl
1 hora post carga de 75 g		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 200mg/dl
TRIGLICERIDOS		40-80mg/dl
HDL-C		70-189mg/dl
LDL-C		113.4-172.4 mg/dl
ACIDO URICO		0-20 mg/dl
BUN		0.7-1.3mg/dl M 0.8-1.0mg/dl
CREATININA		0.3-1.9 mg/dl
BIL. TOTAL		0-0.3mg/dl
BIL. DIRECTA		
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
GLUCOSA mg/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:
Cellulas gila:	CONSISTENCIA:
Trofocitos de Trichomona vaginalis:	ALMIDON
Blastocidias y pseudomicelios:	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
RPR		menor de 8mg/dl
FR		menor de 8 UI/ml
ASTOS		menor de 200 UI/ml
FTA-ABS		NEGATIVO
GRAVINDEX		
HBsAg		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:	0-15 SEGUNDOS
PTT:	31-40 SEGUNDOS
BACILOSCOPIA SERIADA DE ESPUTOS:	
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 DEBE REPETIR TOMA DE LA MUESTRA.

Maria Amparo Valencia

Bacteriologa  
BACTERIOLOGO(A)

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 MES AÑO

13 6 12

No. De Factura:

Historia No. 100651859

AUTORIZACIÓN No.

No. Identificación



C.C.

C. Ext.

Pasaporte

Reg. Civil

Tarjeta de Identidad

Adulto sin Identificación

Menor sin Identificación

Numero Único de Identificación

## I. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Primer Apellido:

Castro

Segundo Apellido:

Ortega

Nombres:

Daniela

Fecha de Nacimiento

Día Mes Año

10 02 1987

Sexo

Masculino

Femenino

Indeterminado

Aseguradora

AT

Tipo de Usuario

Vinculado

Contributivo

Particular

Suscriptor

Otro

Tipo de Afiliado

Beneficiario

Cotizante

Adicional

Residencia Habitual:

Dpto.

Caquetá

Mpio.

S.O.E.

Dirección

Barrio/Vereda

Tel

Zona:

Urbana

Rural

## II. DATOS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS

INGRESO

FECHA

DIA MES AÑO

13 6 12

HORA

12

30

AM

PM

CAUSA EXTERNA

- 01 Accidente de trabajo  
02 Accidente de tránsito  
03 Accidente rábico  
04 Accidente Ofídico  
05 Otro tipo de Accidente

- 06 Evento Catastrófico  
07 Lesión por agresión  
08 Lesión Auto infligida  
09 Sospecha Malt. Físico  
10 Sospecha Abuso Sexual

- 11 Sospecha Violencia Sexual  
12 Sospecha Malt. Emocional  
13 Enfermedad General  
14 Enfermedad Profesional  
15 Otra

LLEGADA DEL PACIENTE

CONSCIENTE

INCONSCIENTE

EBRIO

MUERTO

POR SUS PROPIOS MEDIOS?

SI

NO

OTRO

## III. DATOS DE INGRESO

EGRESO

FECHA

DIA MES AÑO

13 6 12

HORA

13

30

AM

PM

Diagnostico a la salida

Castro Ortega

Diag. Relacionado 2:

Diagnostico Relacionado 1:

Objeto fétal adherido

DESTINO A LA SALIDA

- Alto de Urgencias  
Remisión  
Hospitalización  
Voluntario  
Fuga

ESTADO

Vivo

Muerto

Días 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

13

6

12

HORA

13

30

AM

PM

NOTIFICACIÓN

A FAMILIARES?

SI

NO

A LA POLICIA?

SI

NO

CAUSA EXTERNA DE LA LESIÓN (CIE E 800)

LUGAR DE OCURRENCIA DEL HECHO

Andie Loserna M

MÉDICO

Daniela Castro Ortega

FIRMA USUARIO

CC

100651859

FIRMA DEL RESPONSABLE

## URGENCIAS CON OBSERVACION

Fecha ingreso                  Hora de ingreso   

Día    Mes    Año    Hora    Minutos

### CAUSA EXTERNA

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01 Accidente de trabajo   | <input type="checkbox"/> 06 Evento Catastrófico      | <input type="checkbox"/> 11 Sospecha Violencia Sexual   |
| <input type="checkbox"/> 02 Accidente de tránsito  | <input type="checkbox"/> 07 Lesión por Agresión      | <input type="checkbox"/> 12 Sospecha Maltrato Emocional |
| <input type="checkbox"/> 03 Accidente rábico       | <input type="checkbox"/> 08 Lesión auto infligida    | <input type="checkbox"/> 13 Enfermedad general          |
| <input type="checkbox"/> 04 Accidente ofídico      | <input type="checkbox"/> 09 Sospecha Maltrato Físico | <input type="checkbox"/> 14 Enfermedad Profesional      |
| <input type="checkbox"/> 05 Otro tipo de accidente | <input type="checkbox"/> 10 Sospecha Abuso Sexual    | <input type="checkbox"/> 15 Otras                       |

Código Diagnostico ingreso           Código Diagnostico relacionado N°1 salida   

Código Diagnostico relacionado N° 2 ingreso           Código Diagnostico relacionado N° 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           Hora salida   

Día    Mes    Año    Hora    Minutos

### HOSPITALIZACION

Vía Ingreso    ☐ 1 Urgencias    ☐ 2 Consulta Externa    ☐ 3 Remitido    ☐ 4 Nacido en la Institución

Fecha Ingreso           Hora de ingreso   

Día    Mes    Año    Hora    Minutos

### CAUSA EXTERNA

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01 Accidente de trabajo   | <input type="checkbox"/> 06 Evento Catastrófico      | <input type="checkbox"/> 11 Sospecha Violencia Sexual   |
| <input type="checkbox"/> 02 Accidente de tránsito  | <input type="checkbox"/> 07 Lesión por Agresión      | <input type="checkbox"/> 12 Sospecha Maltrato Emocional |
| <input type="checkbox"/> 03 Accidente rábico       | <input type="checkbox"/> 08 Lesión auto infligida    | <input type="checkbox"/> 13 Enfermedad general          |
| <input type="checkbox"/> 04 Accidente ofídico      | <input type="checkbox"/> 09 Sospecha Maltrato Físico | <input type="checkbox"/> 14 Enfermedad Profesional      |
| <input type="checkbox"/> 05 Otro tipo de accidente | <input type="checkbox"/> 10 Sospecha Abuso Sexual    | <input type="checkbox"/> 15 Otras                       |

Código Diagnostico principal ingreso           Código Diagnostico principal egreso   

Código Diagnostico relacionado N° 1 ingreso           Código Diagnostico relacionado N° 2 egreso   

Código Diagnostico relacionado N° 2 ingreso           Código Diagnostico Complicación   

Estado Salida    ☐ 1 Vivo (a)    ☐ 2 Muerto (a)    Código Causa básica Muerte   

Fecha de egreso           Hora egreso   

Día    Mes    Año    Hora    Minutos

### RECEN NACIDOS

Fecha De Nacimiento           Hora ingreso           Edad de Gestación   

Día    Mes    Año    Hora    Minutos    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           Hora Muerte   

Día    Mes    Año    Hora    Minutos

### MEDICAMENTOS

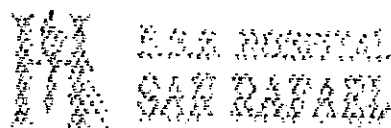
Código _____	Nombre Genético _____	Tipo <input type="checkbox"/> 1 POS <input type="checkbox"/> 2 No POS
Forma _____	Concentración _____	U. Medida _____
Código _____	Nombre Genético _____	Tipo <input type="checkbox"/> 1 POS <input type="checkbox"/> 2 No POS
Forma _____	Concentración _____	U. Medida _____
Código _____	Nombre Genético _____	Tipo <input type="checkbox"/> 1 POS <input type="checkbox"/> 2 No POS
Forma _____	Concentración _____	U. Medida _____
Código _____	Nombre Genético _____	Tipo <input type="checkbox"/> 1 POS <input type="checkbox"/> 2 No POS
Forma _____	Concentración _____	U. Medida _____

Nombre y Código del Profesional

Firma del Usuario







E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL  
San Vicente del Caguán Caquetá  
C.T. 591 195 071-2

# SOLICITUD REMISIÓN DE PACIENTES

## A. IDENTIFICACIÓN DE INSTITUCIONES

DE: <b>E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL</b>	A: <b>II -III NIVEL</b>
--------------------------------------	-------------------------

014159

## B. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

<b>DANIELA</b>			<b>CASTRO ORTEGA</b>			<b>1006518059</b>		
NOMBRES			APELLIDOS			IDENTIFICACIÓN G.H.		
EDAD		SEXO		RESIDENCIA HABITUAL			FECHA DE NACIMIENTO	
28		H <input type="checkbox"/>	M <input checked="" type="checkbox"/>				10/02/1989	
AÑOS	MESES	DÍAS						
PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE				TELÉFONO			EPS	
							ASMET SALUD	

## C. SOLICITUD DE ATENCIÓN

FECHA DE REMISIÓN			MÉDICO QUE REMITE		SERVICIO AL QUE REMITE	
13	6	17	ANGIE LASERNA		GINECOOBSTETRICIA	
DÍA	MES	AÑO				

## D. ORDENAMIENTO

1. Anamnesis y Examen físico	4. Tratamiento
2. Resultados de exámenes	5. Motivo de remisión
3. Diagnóstico	6. Firma del responsable

**MOTIVO DE CONSULTA:**  
A MONITORIA

**ENFERMEDAD ACTUAL:**  
PACIENTE FEMNINA DE 28 AÑOS G2P1 CON GESTACION DE 39.0 SEMANAS POR ECO II TRIMESTRE Y DE 38.3 SEM POR FUR 17 SEP/D16 QUIEN ASISTE HOY A CONTROL MONITOREO DURANTE EL CUAL NO ES POSIBLE AUSCULTAR FETOCARDIA, SE INTERROGA A PACIENTE QUIEN MANIFIESTA DOLOR TIPO CONTRACCION DE FORMA INTERMITENTE IRRADIADO A REGION LUMBAR HACE DOS DIAS ADEMÁS REFIERE AUSENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES DESDE EL DIA DE AYER SIN ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS NIEGA PERDIDAS VAGINALES 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 POR 17 DE SEPTIEMBRE 2016 G1P1 AD VI 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 IGG 2.45 IGM 3.08 15/11/16 HGB 13.2 PLT 337000 GHEMOCLASIFICACION Q POSITIVO VDRL NR VIH NR GLICEMIA 78 13/03/17 VDRL NR VIH NR FTOG 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 GRASO O ILANORMAL PFE 84 GR NUMERO 2 ECO DETALLE ANATOMICO DEL 01/14/17 GESTACION DE 29.0 SEMANAS BIENESTAR AL MOMENTO DEL EXAMEN FETO GRANDE P/A LA EPOD GESTACIONAL ESTUDIO LIMITADO POR

Con usted haremos más por el Caquetá

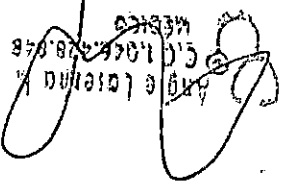
Calle No 3-58, Teléfono 5 3544101, 5 181466 22

www.hospitalarjua.gov - info@h.hospitalarjua.gov.co - referenc: Hospitalarjua

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL  
San Vicente del Caguán Caquetá  
ART. 891 195.011-8

**SOLICITUD REMISION DE PACIENTES**

REPRESENTACION 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 GESTACION DE 36.2 SEMANAS FETOUNICO VIVO MACROSCOMIA FETAL	
POLIHIDRAMNIO MODERADO PLACENTA FUNDICA CARGO 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 S02 98% AMBIENTE NORMOCEFALO MICOSA ORAL HUMEDA C/P NORMAL SIN AGREGADOS PATOLOGICOS ABD GLOBOZO POR UTERO GRAVIDO AU 35 CM	
FETO UNICO FLOTANTE CEFALICO SIN FETOCARDIA SIN FETOCARDIA AUDIBLE NO RESPONDE A ESTIMULOS TACTILES III DE SONIDA VAGINAL/NE CUELLO LARGO POSTERIOR CERRADO	
EXAMENES	
PENDIENTE HEMOGRAMA	
DIAGNOSTICOS	
ESTACION DE 39.0 SEMANA POR ECO II Y DE 38.3 POR FUR	
FETO FETAL A DESCARTAR	
G P1 AD V FLP 2004 CTN 8	
EXAMENES	
A 2 LPM POR CN	
AL 55 PASAR BOLO 300 CC POSTERIOR BOLO 500CC LACTATO DE RINGER CONTINUAR 80 CC HORA	
POSICION DECUBITO LATERAL IZQUIERDO SONDA VESICAL A CISTOPIO	
REMISION AL NIVEL PARA VALORACION POR ESPECIALISTA REMISION MEDICALIZADA	

  
 Médico  
 C.O. 1.066.378.048

Con usted hemos más por el Caquetá  
 Colic 3 No 3-38  
 Teléfono 05 4544101, fax 05 454 4912  
 www.hospitaldelcaguán.gov.co - info@hospitaldelcaguán.gov.co



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

## TRATAMIENTOS

REGISTRO MEDICO  
SIS - 415

### A - IDENTIFICACION

HOJA No. \_\_\_\_\_

Castro

1er. Apellido

Cortez

2do. Apellido

Daniela

Nombres

No. Historia Clínica

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.

Actid Renge, 500cc en  
bolsa continua 80cc/h.

12:45

13:15

DDO SY. 500cc por or  
200cc en bolsa

13:05

Sonda vesical a modo de

12:55

-VIH-VDRL

12:45

EQUIPO MACROGOTEO #1

EQUIPO MICROGOTEO #1

BURETROL

JERINGAS

FIRMAS

1er TURNO

DOD

2do TURNO

3er TURNO





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

125  
124

# HOJAS DE GASTOS HOSPITALARIOS Y/O URGENCIAS

NOMBRE Daniela Castro Cortez

H. CLÍNICA 1006518059

FECHA DE INGRESO 13-06-17

FECHA DE EGRESO 13-VI-2017 CAMA \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_

ASEGURADORA ALS

DETALLE	CANTIDAD			TOTAL	DETALLE	CANTIDAD
	DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3			
CONSULTA URGENCIAS	1				DÍAS ESTANCIA	
SALA DE OBSERVACIÓN					VALORACIÓN INICIAL INTRAH.	
					VALORACIÓN RECIÉN NACIDO	
					VALORACIÓN MÉDICA DIARIA.	
LABORATORIO					PROCEDIMIENTOS	
CH	1				ATENCIÓN PARTO	
HEMOCLASIFICACIÓN					SUTURA (ESPECIFICAR LUGAR Y NÚMEROS DE PUNTOS)	
UROANÁLISIS					DERECHO SALA SUTURA	
R. PLAQUETAS					CURACIONES	
SEROLOGIA	1				DRENAJE ABSCESO	
HEMOPARASITOS G.G.					MICRONEBULIZACIONES	
GLUCEMIA					INMOVILIZACIÓN CON FÉRULA	
PERFIL LIPÍDICOS					QUEMADURAS 1o Y 2o CON MENOS DEL 20%	
CEPATININAS					REANIMACIÓN	
NITRÓGENO UREICO					DESBRIDAMIENTO SIN ANESTESIA	
BILIRUBINAS					EXTRACCIÓN CUERPO EXT. OJO	
GRAVINDEX					PROCEDIMIENTOS DE II NIVEL QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN SI NO ES URGENCIA	
COPROLOGICO					CATETERISMO VESICAL	1
PT-PTT <u>VELLA</u>	1				TERAPIAS RESPIRATORIAS	
FFV					UNISECTOMIAS	
IMAGENOLOGIA					LAVADO OÍDO	
RX DE:					ELECTROCARDIOGRAMA	
ECOGRAFIA					LAVADO GÁSTRICO	
INSUMOS					MONITOREO FETAL	
EQUIPO MACRO/MICRO	1				OXIMETRÍAS	
BURETOL					OTROS PROCEDIMIENTOS	
VENOCTH	1				<u>ciroto 1b</u>	1
JEERINGAS 3CC-5CC-10CC					<u>Servicio ambulancia</u>	1
SONDAS FOLEI	1					
SONDAS NELATON						
SONDAS NASOGÁSTRICA						
VENDAJES YESO						
VENDAJES ELÁSTICO						
KIT NEBULIZACIÓN						
C/NULA NASAL						
LACTATO DE RINGER	2					
ARMAN X 500 C.C.						
AD AL 5% X 500 C.C.	1					
EN. X 500 C.C.						
OXIGENO POR HORA						
SUTURA						

RESPONSABLE Gerardo

US e h

726  
125

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

NUMERO ATENCION: 0000 Fecha: 2017-08-13 10:30

INFORMACION DEL PRESTADOR

NOMBRE: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL  
Código: 187530001601 Dirección prestador: CALLE 8 N. 2-38 CENTRO

Teléfono: 0984844101  
Departamento: CAQUETA Municipio: SAN VICENTE

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA PAGADOR: ASMET SALUD  
Código: ESS062

CASTRO ORTEGA DANIELA  
1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre

Tipo documento de identificación:  
☐ Registro Civil ☐ Pasaporte  
☐ Tarjeta de identidad ☐ Adulto sin identificación  
☒ Cédula de ciudadanía ☐ Menor sin identificación  
☐ Cédula de extranjería

Fecha de nacimiento: 10/06/51  
Número documento de identificación: 1006518059  
AÑO MES DIA  
TELEF. 321

Residencia: VEREDA MIRAVALLE  
Departamento: CAQUETA Municipio: SAN VICENTE DEL CAGUAN

Seguro en salud:  
☐ Régimen Contributivo ☐ Régimen Subsidado - por el  
☐ Régimen Subsidado - por el ☐ Población pobre no asegurada con SIGEN  
☐ Población pobre no asegurada sin SIGEN ☐ Desplazado ☐ Plan adicional de salud

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

Ingreso a Urgencias:  
Fecha: 2017-08-13 12:30  
Paciente Viene Acompañado: ☐ SI ☒ No

Departamento: CAQUETA Municipio: SAN VICENTE DEL CAGUAN  
PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS GEMELARVI CON GESTACION DE 39.0 SEMANAS POR ECO II TRIMESTRES Y DE 38.3 SEMANAS POR FUR NO CONFIABLE DEL 17 SEPTIEMBRE DE 2016, QUEM ASISTE HOY A MONITOREO PETAL.

Impresión Diagnóstica:  
Código Q10 Descripción  
Diagnóstico principal DX: GESTACION DE 39.0 SEM X ECO II Y 38.3 SEM FUR NO CONFIABLE.  
Diagnóstico relacionado 1  
Diagnóstico relacionado 2  
Diagnóstico relacionado 3

Destino del Paciente:  
☐ Domicilio ☒ Internación ☐ Continuación  
☐ Observación ☒ Remisión ☐ Otro

INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA:  
ANGIE ASERNA MORENO.

Cargo: MEDICO SSO  
Teléfono: 0984844101 extensión: 227  
Teléfono celular:

727  
hc

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD

Fecha

2017-06-19

Hora: 13:30

INFORMACION DEL PRESTADOR (solicitante)

Nombre ESE HOSPITAL SAN RAFAEL

NIT

89111800111-18

CC

Reserv

DV

Código

1875300016

Dirección prestador: CALLE 5 N. 2-38

Teléfono:

0984844101

Indicador

número

Departamento:

CAQUETA

Municipio: SAN VICENTE DEL CAGUAN

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA PAGADOR

ASMET

CODIGO: ESS662

DATOS DEL PACIENTE

CASTRO

ORTEGA

DANIELA

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento de identificación

☐ Registro Civil

☐ Pasaporte

☐ Tarjeta de identidad

☐ Adulto sin identificación

☒ Cédula de ciudadanía

☐ Menor sin identificación

☐ Cédula de extranjería

10100518059

Número documento de identificación

Fecha de Nacimiento

1984-02-12

Dirección de Residencia Habit

TELEF.

Departamento: CAQUETA

Municipio:

SAN VICENTE DEL CAGUAN

7152

Teléfono celular

Córeo electrónico

Cobertura en salud

☐ Régimen Contributivo

☐ Régimen Subsidiado - parcial

☐ Población Pobre no asegurada sin SISBEN

☐ PLAN ADIC. SALUD

☒ Régimen Subsidiado - total

☐ Población pobre No asegurada con SISBEN

☐ Desplazado

☐ Otro

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención

☒ Enfermedad General

☐ Accidente de trabajo Evento Catastr.

☐ Enfermedad Profesional

☐ Accidente de tránsito

Tipo de servicios solicitados

☐ Posterior a la atenc. Inic. de urg.

☐ Servicios electivos

Prioridad de la atención

☒ Prioritaria

☐ No prioritaria

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

☐ Consulta Externa

☐ Hospitalización Servicio

REMISION

Cama

☒ Urgencias

Manejo Integral según Guía de

Código CUPS Cantidad Descripción

1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		

AUTORIZACION DE REMISION.

Justificación Clínica:

PACIENTE FEMENINA DE 23 AÑOS G2P1A0V1 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

0984844101EXT 227

celular

hogar

exterior

Cargo:

MEDICO SSO

Teléfono celular:



128  
127

2017-6-13

Correo de Hospital San Rafael - ANEXOS DE DANIELA CASTRO ORTEGA

Caja Urgencias HSR <cajaurgencias@hospitalosanrafael.gov.co>

## ANEXOS DE DANIELA CASTRO ORTEGA

1 mensaje

Caja Urgencias HSR <cajaurgencias@hospitalosanrafael.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 Afiliación:	SUBSIDIADO
IPS de Atención:	CLINICA DEL YARI LTDA
Telefono IPS de Atención:	4644293
Nivel Sisben:	1
Fecha Afiliación EPS-S:	04/10/1996
Municipio:	SAN VICENTE DEL CAGUAN
Departamento:	CAQUETA

Reporte No. : 41303178  
IP Remota : 190.68.234.66  
Fecha de Generación: 13/06/2017  
Hora de Generación 12:29:25 PM  
Identificación 1006518059

1302  
129

CÓDIGO: F-SGC-8A-0101	GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ <b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL</b> NIT. 891.190.011-8	
FECHA DE APROBACIÓN: 17 DE OCTUBRE DE 2006	<b>BITÁCORA DE AMBULANCIA</b>	
VERSIÓN: 002/2013		

FECHA: (Día/mes/año) <b>13-6-17</b>	MOVIL	PLACAS <b>01m 068</b>	NOMBRE DEL CONDUCTO <b>miguel menor</b>
NOMBRE DE LA AUXILIAR: <b>Jane and + +</b>		NOMBRE DEL MEDICO QUE REMITE: <b>Dr Casera</b>	
ENTIDAD QUE SOLICITA EL SERVICIO: <b>ESE HSR</b>		NOMBRE DEL MEDICO QUE TRASLADA: <b>Dr Cabrera</b> (Formato a 24 horas)	
ORIGEN: <b>SUC</b>	HORA DE SALIDA: <b>2 + 11.</b>		
DESTINO: <b>Abrencia.</b>	HORA DE LLEGADA: <b>4 + 27.</b>		

NOMBRE DEL USUARIO: <b>Daniela Castro Ortega</b>		TIPO Y No. DEL DOCUMENTO <b>1006518059</b>		EDAD: <b>28</b>	SEXO: <b>F</b>
EPS O ASEGURADORA: <b>ALIS</b>	DIRECCIÓN <b>Del triunfo</b>	TELÉFONO: <b>3125515906</b>		No. HISTORIA CLINICA	
MOTIVO DE LA ATENCIÓN	DIAGNOSTICO: <b>gestación de 39.0 semanas x ecoll de 38.3 por fur tobito fetal a descartar + G2 P1 A0</b>				
SE ESTABILIZO EN EL SITIO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ACOMPAÑANTE SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE Y PARENTESCO:		
ESTADO DEL PACIENTE ANTES DEL TRASLADO (INCLUIR ANTECEDENTES, TRATAMIENTOS Y/O MANEJO REALIZADO)					
CONCIENTE: <b>SI</b> NO T° <b>36</b> °C TA: <b>/</b> FC: <b>-</b> X° FR: <b>-</b> X° Sat O2: <b>-</b> % GLASGOW: <b>-</b> PESO: <b>-</b> KG					

TRATAMIENTO, DOSIS VIA MEDICAMENTO	EVOLUCIÓN DEL PACIENTE
<b>Paciente sin signos de sufrimiento fetal</b>	

QUIEN ENTREGA:	QUIEN RECIBE:
NOMBRE:	NOMBRE: <b>Geovanny Alvarado</b>
FIRMA:	FIRMA: <b>MEDICO GENERAL</b>
CARGO:	CARGO: <b>U. Libre - T.P. 8449-05</b>
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL:	



DIGO:F-SGC-000-

FECHA DE APROBACIÓN:

VERSIÓN:

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



## ATENCIÓN GENERAL

### A - IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO <u>Casta</u>		2do. APELLIDO (O DE CASADA) <u>ortega</u>		NOMBRES <u>Daniel</u>		No. HISTORIA CLINICA	
EDAD		SEXO		SERVICIO		SALA O CUARTO	
28		H <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>		perinatal		No. DE CAMA	
AÑOS MESES DIAS							

13-06-12.

Paciente femenina de 28 años de edad G2P1V1 con Dx de embarazo de 383 sm x FUR y 34 sm x ECO II, obito a distancia, paula con pr: FCB9 FR18 TA 120/80 ST0298%, no se encuentra fetocárdica, durante viaje paciente estable, afebril estado general, no síntomas de vómitos, 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 drenando a 1500 cc, glicemia de 1.50 g/L/hr. se entrega paciente a clínica Modilares a las 04:22 se recibe paciente por ginecólogo de Turno, se pasa paciente a ecografía donde se verifica obito fetal, paciente estable, en adecuado estado general con su: FCB0 FR=18 TA 120/80. ST0298%.

*[Firma]*  
Marjanta Cabrera Cordero  
1136884592. SSO 2418



FECHA			DETALLE
DÍA	MES	AÑO	
16	08	17	<p>Mo: Planificación familiar</p> <p>11:40 AM EA: Mujer de 28 años de edad quien consulta x q' tiene deseo de iniciar Planificaciones</p> <p>App(-) App(-) tox/aler(-) Rx: (cesarea) GLO: G2P1C1V1</p> <p>Menarca: 12 años I.V.S: 14 años #C.S: 2 ITS (-) Tot: 11-08-17</p> <p>Su: TA: 100/60 mmHg Peso: 57kg talla: 150cm IMC: 25.3</p> <p>fc: 82x' FR: 18x' T: 36.7°C SpO2: 98% Aulo.</p> <p>Examen físico Sin alteraciones aparentes.</p> <p>IOX: - Planificación familiar</p> <p>- Amenorrea <sup>ANT</sup> - Óbito fetal.</p> <p>Plan: SS/ Gravindex. SS/ inq. Mensual Aplicar 1 Amp IM Clmes Previo RI negativo de gravindex se da a conocer mecanismo de acción, ventajas y desventajas, Educación sobre autoexamen de mamas, ITS, uso del preservativo</p> <p>Recomendaciones Generales y Signos de alarma</p>



EL PRESENTE FORMULARIO SE SUMINISTRA GRATUITAMENTE, EL COSTO DE IMPRESION HA SIDO ASUMIDO  
POR EL DANE Y POR LO TANTO ESTA PROHIBIDA SU VENTA



### LICENCIA DE INHUMACION

DISTRIBUCION GRATUITA, PROHIBIDA SU VENTA

No. 00477/2017

FECHA DE EXPEDICION

Año Mes Día

LUGAR DE EXPEDICION

Departamento

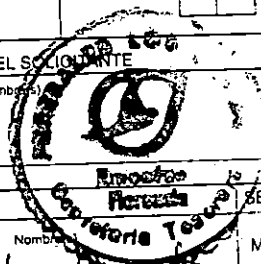
Municipio

Inspección, corregimiento o caserio

Caqueta  
Florencia

NOMBRE DEL SOLICITANTE

Apellido(s) y nombre



NOMBRE DEL FALLECIDO

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre

SEXO

Masculino

Femenino

Ignorado

Castro Ortega hijo de Varela

1 ☒

2 ☐

3 ☐

FECHA DE FALLECIMIENTO

Año Mes Día  
11/7 10/6 11/3

PROBABLE MANERA DE MUERTE

1 ☒ Natural 2 ☐ Violenta (Med. Leg.) 3 ☐ En estudio (sólo Medicina Legal)

SEGUN CERTIFICADO DE DEFUNCION No.

711600520-5

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

1 ☐ T.I.

2 ☒ C.C.

3 ☐ C.E.

4 ☐ Pasaporte

5 ☐ N.I.P.

9 ☐ Sin información

No.

1100651180591

EDAD

1 Menor de un día (horas)

00 (00-23)

2 Menor de un mes (días)

01 (01-29)

3 Menor de 2 años (meses)

01 (01-23)

4 De 2 o más años (años cumplidos)

01

SE CONCEDIO PERMISO PARA INHUMAR EL CADAVER EN:

Cementerio local  
Sanvicente del Coque

FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EXPIDE LA LICENCIA

Apellido(s) y nombre(s)

Mallory González Arias  
Secretaria de Salud Municipal  
Alcaldía de Florencia

Firma y documento de identificación

[Firma manuscrita]

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





**DANE**  
Para tomar decisiones

República de Colombia  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN  
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL



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°.

NÚMERO DEL CERTIFICADO  
DE DEFUNCIÓN

71600520 - 5

(Consulte instrucciones al respaldo)

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Departamento

Caqueto

Municipio

Florencia

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

☒ Cabecera municipal

☐ Centro poblado

Inspección, corregimiento o caserio

☐ Rural disperso

TIPO DE  
DEFUNCIÓN

☒ Fetal

☐ No fetal

FECHA EN QUE OCURRIÓ LA  
DEFUNCIÓN

2017 Año

09 Mes

13 Día

HORA EN QUE OCURRIÓ  
LA DEFUNCIÓN

☐ Hora

☐ Minutos

☒ Sin establecer

SEXO DEL FALLECIDO

☐ Masculino

☐ Femenino

☐ Indeterminado

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO 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

☒ 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

Ortega

Segundo apellido

Ramirez

Primer nombre

Lorold

Segundo nombre

TIPO DE DOCUMENTO DE  
IDENTIFICACIÓN

☒ Cédula de ciudadanía

☐ Pasaporte

☐ Cédula de extranjería

NÚMERO DE DOCUMENTO DE  
IDENTIFICACIÓN (TAL COMO  
FIGURA EN EL DOCUMENTO DE  
IDENTIDAD)

7632000

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA  
LA DEFUNCIÓN

☒ Médico

☐ Enfermero(a)

☐ Auxiliar de  
enfermería

☐ Promotor(a)  
de salud

REGISTRO PROFESIONAL

1005/03

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento

Caqueto

Municipio

Florencia

2017 Año

09 Mes

13 Día

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN





# CLINICA MEDILASER S.A.

NIT: 813001952-0

## REPORTE DE EPICRISIS

Ingreso: 2009071  
Identificación: 1006518059

Fecha de Impresión: viernes, 17 de mayo de 2019 3:47 p. m.  
Nombres: DANIELA

Apellidos: CASTRO ORTEGA

Página 1/8

### DATOS BÁSICOS

Fecha ingreso: 13/06/2017 5:22:18 p. m.  
Servicio Ingreso: GINECO OBSTETRICIA FLORENCIA

Fecha Egreso: 15/06/2017 8:58:04 a. m.  
Servicio Egreso: HOSPITALIZACION GENERAL FLORENCIA

Causa del Ingreso: Maternidad  
Apellidos: CASTRO ORTEGA  
Nombres: DANIELA

Tipo Documento: CC Numero: 1006518059  
Edad: 28 Años 04 Meses 01 Dias (12/02/1989)  
Sexo: FEMENINO

Dirección: barrio la victoria - SAN VICENTE DEL CAGUAN - FLORENCIA  
Telefono: 3125515906 -

Tipo Paciente: SUBSIDIADO  
Tipo Afiliado: NO APLICA

Entidad Responsable: ASMETSALUD ESS ARS  
Profesión: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION  
Fecha Nacimiento: 12/02/1989 12:00:00 a. m.

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 QUIRURGICA, 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 DE PRESIBLE DOLOROSO A LA PALPACION EN HIPOGASTRIO HERIDA QUIRURGICA 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 QUE IN DA ASEOSIA Y MANEJO DEL DUEL, DADA ADECUADA EVOLUCION SE CONSIDERA DAR SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES SIGNOS DE ALARMA CONTROL POR CONSULTA 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

Ingreso: 2009071  
Identificación: 1006518059

Fecha de Impresión: viernes, 17 de mayo de 2019 3:47 p. m.

Nombres: DANIELA

Apellidos: CASTRO ORTEGA

Página 2/8

735

## ANAMNESIS

Motivo de Consulta: REMITIDA DE HOSPITAL SAN VICENTE, AMBULANCIA 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, PACIENTE REFIERE QUE NO SENTIA MOVER AL BEBE DESDE EL DIA DE AYER, NIEGA SANGRADO NIEGA AMNIORESA, 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 POLIDRAMNIO FETAL MACROSOMIA FETAL

PARACLINICOS. 16/11. CH NORMAL HB DE 13.2 GR O POSITIVO GLICEMIA NORMAL SEROLOGIA NO RECTAIVA PO NORMA 21/11. VIH NEGATIVO ASGHB NEGATIVO TOX IGG NEGATIVO TOX IGM NEGATIVO 06/12. RUB IGG NEGATIVO IGM NEGATIVO 06/12. POSITIVO E FAECALIS REICBIO TRATAMIENTO 13/01. TOX IGG POSITIVO TOX IGM NEGATIVO 21/03: O/ ULLIVAN NORMAL SEROLOGIA NO RECTAIVA 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 IRREGULAR X3 FUR. 17/09/2017 G2P1V1 IRS. 14 AÑOS CS. 2 PLANIFICACION FAMILIAR NIEGA CCV. HACE MENSC DE UN AÑO REFIERE RESULTADO NORMAL PSICOSOCIALES: CASADA UNION ESTABLE, CASA PROPIA EN EL BARRIO EL TRIUNFO EN SAN VICENTE TEL. 3125515906 CUENTA CON SERVICIO PUBLICOS, GESTACION PLANEADO Y DESEADO, BUENA ACTITUD FRENTE A SU GESTACION ACTUAL CON LABILIDAD EMOCIONAL 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 (días) Cada: -- No Refiere --  
Duración Menstruación (días): -- 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

Ingreso: 2009071  
Identificación: 1006518059

Fecha de Impresión: viernes, 17 de mayo de 2019 3:47 p. m.  
Nombres: DANIELA  
Apellidos: CASTRO ORTEGA

Página 3/8

**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 GRAVIDO FETO LOGITUCINAL CEFALICO DORSO IZQUIERDO FCF AUSENTE NO MOV FETALES, BARRICO 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

Neurológica: ☒ N ☐ AN

Piel: ☒ N ☐ AN

**Observaciones:**

PACIENTE ALERTA HIDRATADA AFEBRIL NO DIFICULTAD 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 OBITO FETAL ACTUALMENTE CON EMBARAZO A TERNMINO QUIEN INGRESA Y SE CONFIRMA DIANGOXITICO DE MUERTE FETL IN UTERO AHORA CON ESTABILIDAD HEMODINAMCIA SIN SIRIS, AHORA 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 SOLICITA 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

Ingreso: 2009071  
Identificación: 1006518059

Fecha de Impresión: viernes, 17 de mayo de 2019 3:47 p. m.

Nombres: DANIELA

Apellidos: CASTRO ORTEGA

Página 4/8

137

● 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 LÍQUIDO 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

GINECOLOGÍA 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 distermias sin emesis en reposo de la vía 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 isocóricas 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 RÍTMICOS, NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS, NO SOBREGREGADOS, 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



Ingreso: 2009071  
Identificación: 1006518059

Fecha de Impresión: viernes, 17 de mayo de 2019 3:47 p. m.

Página 5/8

Nombres: DANIELA

Apellidos: CASTRO ORTEGA

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 sensopercepción, 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 CONSULTA EXTERNA, SE EXPLICA CLARAMENTE RECOMENDACIONES DE PURICULTURA, FORMULA DE ANALGESICO. SE EXPLICA A LA PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR QUIEN ENRIENDE Y ACEPTA.

### IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10 Diagnostico

O364 ATENCION MATERNA POR MUERTE INTRAUTERINA

O335 ATENCION MATERNA POR DESPROPORCION DEBIDA A FETO DEMASIADO GRANDE

Observaciones

Principal



### ORDENES MEDICAS

### SERVICIOS IPS INTRAHOSPITALARIO Y EXTRAMURAL

Profesional: JULIE NATALY BOHORQUEZ ROMERO

Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Tarjeta Prof. # ESP1036

### Servicios Con Interpretación

Fecha: 13/06/2017 5:38:06 p. m. Servicio: HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO Folio Sol. 2 Extramural ☐

Interpretación: normal.

Folio Inter: 4

#### Resultados de la Muestra

##### Analitos

NUMERO DE GRANULOCITOS

##### Valor

7.20 x10<sup>3</sup>mm<sup>3</sup>

##### Observación

RECUENTO DE LEUCOCITOS

9.7 x10<sup>3</sup>mm<sup>3</sup>

NUMERO DE LINFOCITOS

2.20 x10<sup>3</sup>mm<sup>3</sup>

NUMEROS DE MONOCITOS

0.30 x10<sup>3</sup>mm<sup>3</sup>

PORCENTAJE DE GRANULOCITOS

73.3 %

PORCENTAJE DE LINFOCITOS

22.9 %

PORCENTAJE DE MONOCITOS

3.8 %

RECUENTO DE ERITROCITOS

4.47 10<sup>6</sup>/mm<sup>3</sup>

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<sup>3</sup>mm<sup>3</sup>

VOLUMEN MEDIO DE PLAQUETAS

8.3 um<sup>3</sup>

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

SEROLOGIA PRUEBA NO TREPONEMICA RPR

##### Valor

NO REACTIVO

##### Observación

13/06/2017 5:38:06 p. m. TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]

2

Interpretación: normal

Folio Inter: 4 ☐

#### Resultados de la Muestra

##### Analitos

TIEMPO DE PROTROMBINA

##### Valor

11.6 seg

##### Observación

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

TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT

##### Valor

27.0 seg

##### Observación

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

FIBRINOGENO, COAGULACION

##### Valor

469 mg/dl

##### Observación

Profesional: JULIE NATALY BOHORQUEZ ROMERO

Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Tarjeta Prof. # ESP1036

Ingreso: 2009071  
Identificación: 1006518059

Fecha de Impresión: viernes, 17 de mayo de 2019 3:47 p. m.

Nombres: DANIELA

Apellidos: CASTRO ORTEGA

Página 7/8

- |                            |   |              |                          |
|----------------------------|---|--------------|--------------------------|
| ● 13/06/2017 5:41:26 p. m. | PERFIL BIOFISICO  | 3            | <input type="checkbox"/> |
| Interpretación:            | SE CORRIGE ORDEN, SE REALIZA ECOGRAFIA OBSTETRICA QUE EVIDENCIA 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            | <input type="checkbox"/> |
| Interpretación:            | PENDINETE   | Folio Inter: | 8                        |
| ● 14/06/2017 2:00:33 a. m. | INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA  | 5            | <input type="checkbox"/> |
| 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 sensorio-percepción, 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
13/06/2017 9:55:46 p. m.	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL SOD

Folio Sol. Extramural  
4 ☐

### MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIO Y EXTRAMURAL

#### Medicamento

ACETAMINOFEN 500 mg Tableta  
BROMOCRIPTINA 2,5 mg Tableta  
CEFAZOLINA 1 g Polvo para Inyección  
CEFRADINA 500 mg Tableta  
DICLOFENACO SODICO 75 mg/3 ml Solución Inyectable  
HIERRO FERROSO SULFATO ANHIDRO 300 mg Gragea  
OXITOCINA 10 UI / 1 ml Solución Inyectable  
TRAMADOL 50 mg/ 1 ml Solución Inyectable  
LACTATO RINGER - SOLUCION HARTMAN 500 ml Solución Inyectable

#### Manejo Extramural

☒  
☒  
☐  
☒  
☐  
☒  
☐  
☐  
☐

Profesional: JULIE NATALY BOHORQUEZ ROMERO  
Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
Tarjeta Prof. # ESP1036

Ingreso: 2009071  
Identificación: 1006518059

Fecha de Impresión: viernes, 17 de mayo de 2019 3:47 p. m.  
Nombres: DANIELA

Apellidos: CASTRO ORTEGA

Página 8/8

140  
741



Representante Legal: CLINICA MEDILASER SA  
Numero de Cedula: 813001952

Profesional: JULIE NATALY BOHORQUEZ ROMERO  
Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
Tar. Profesional # ESP1036

Profesional: JULIE NATALY BOHORQUEZ ROMERO  
Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
Tarjeta Prof. # ESP1036



142

REPUBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL  
ACTA INDIVIDUAL DE REPARTO

: 04/sep./2019 5:41:55pm

Oficina de Apoyo - Florencia - Caquetá

Página

1

\*\*\*

ACTOS ADMINISTRATIVOS

ENVÍO AL DESPACHO

JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO DE FLORENCIA

04  
RACION DIRECTA

CD. DESP

001

SECUENCIA:

24658

FECHA DE REPARTO

04/sep./2019

IDENTIFICACION

NOMBRE

APELLIDO

SUJETO PROCESAL

8059

DANIELA

CASTRO ORTEGA

01

\*\*\*

24

JAIME ANDRES

SILVA MURCIA

03

\*\*\*

SERVACIONES:

504-OJO X04

msg

אזהרה: המידע המופיע כאן אינו מהווה חוות דעת

FUNCIONARIO DE REPARTO



Juzgado Primero Administrativo del Circuito

Florencia, Caquetá

RADICACION: 18001-33-33-001-2019-00671-00

SECUENCIA 24658

MEDIO DE CONTROL ACCION DE REPARACION  
DIRECTA

CLASE DE ACCION: \_\_\_\_\_

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



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



## NOTIFICACIÓN ESTADO DEL 17 DE FEBRERO DE 2020

Juzgado 01 Administrativo - Caqueta - Florencia &lt;jadmin01fla@notificacionesrj.gov.co&gt;

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 <yynyc60@hotmail.com>; informacion@montanorjas.co <informacion@montanorjas.co>; njudiciales@mapfre.com.co <njudiciales@mapfre.com.co>; jaiorinonachury@hotmail.com <jaiorinonachury@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 <alvarorueta@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>; reparaciondirecta@condeabogados.com <reparaciondirecta@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>; reparaciondirecta@condeabogados.com <reparaciondirecta@condeabogados.com>; laboraladministrativo@condeabogados.com <laboraladministrativo@condeabogados.com>; coyarenas@hotmail.com <coyarenas@hotmail.com>; juridica@esesorteresaaadele.gov.co <juridica@esesorteresaaadele.gov.co>; contacto@esesorteresaaadele.gov.co <contacto@esesorteresaaadele.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  
SECRETARÍA



**ABOGADOS A  
ESPECIALISTA DERECHO**

OFICINA DE COORDINACION ADMINISTRATIVA  
No. Radicación : OAFLA87282 No. Anexos : 0  
Fecha : 27/02/2020 Hora : 17:10:24  
Dependencia : Juzgado Primero Administrativo Florencia  
DESCRIP: F.8 DANIELA CASTRO RAD 20190  
CLASE : RECIBIDA

147

Doctora

**FLOR ANGELA SILVA FAJARDO**

**JUEZ PRIMERA ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE FLORENCIA**

**E. S. D.**

Inadmitido



RAMA JUDICIAL  
Consejo Superior de la Judicatura  
Republica de Colombia

OFICINA COORDINACION  
ADMINISTRATIVA  
OFICINA DE APOYO

27 FEB 2020

**RECIBIDO**

HORA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**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 lazos 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. N° 1.117.814.595

DIR: San Vicente del Caguan

CALLE 17 No 6-100 B/SIETE AGOSTO FLORENCIA, CAQUETA

ABOGADOS ASOCIADOS  
ESPECIALISTA DERECHO ADMINISTRATIVO

---

TEL: 3155933407

LUZ MARINA CAMACHO

C.C. N° 40.729.084

DIR: San Vicente del Caguán

LENITH MARIANA MARIN MONROY

C.C. N° 30.505.460

DIR: San Vicente del Caguán

MARIA NELLY VERU PABON

C.C. N° 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<sup>1</sup>, 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

---

<sup>1</sup> Folio 144 Cuaderno principal