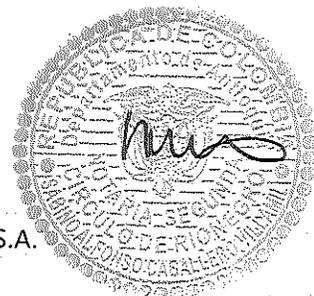


Señor

JUEZ PRIMERO (01°) CIVIL DEL CIRCUITO DE RIONEGRO, ANTIOQUIA
E.S.D.

REFERENCIA: **VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA**
DEMANDANTE: **AURA CRISTINA MONTOYA y OTROS**
DEMANDADA: **SOCIEDAD MÉDICA RIONEGRO S.A. –CLÍNICA SOMER S.A.**
RADICADO: **05 615 31 03 001 2024 00095 00**



ASUNTO: OTORGAMIENTO DE PODER

RAMIRO POSADA AGUDELO, mayor de edad, vecino de Medellín, identificado como aparece al pie de la firma, en calidad de representante legal de la **SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. – SOMER S.A.** identificada con NIT No. 890.939.936-9, **manifiesto que confiero poder especial amplio y suficiente al Doctor JUAN RICARDO PRIETO PELÁEZ**, mayor de edad, identificado con la cédula No. 71.787.721 de Medellín y tarjeta profesional de abogado No. 102.021 del Consejo Superior de la Judicatura, para que asuma mi defensa dentro del proceso de la referencia.

El apoderado queda investido de todas las facultades necesarias para el correcto desempeño de su cargo y en especial para interponer recursos, conciliar, transigir, sustituir, reasumir, formular tachas de falsedad documental y oponerse a ellas, y en general para adelantar todas las gestiones que considere conveniente para la defensa de los intereses que se le confían.

Señor juez,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'RAMIRO POSADA AGUDELO'.

RAMIRO POSADA AGUDELO.
C.C 71.647.955 de Medellín.
Representante Legal
SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. – SOMER S.A.

Acepto,

JUAN RICARDO PRIETO PELÁEZ.
T.P 102.021 del Consejo Superior de la Judicatura
C.C 71.787.721 de Medellín

PRESENTACIÓN PERSONAL Y RECONOCIMIENTO

Ante el Suscrito Notario Segundo de Rionegro Compareció

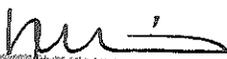
Ramiro del Carmen Posada Agudelo

Quién se identificó con la C.C. No. 71647955

de _____ y manifestó que la firma que aparece en el presente documento es la suya y que el contenido del mismo es cierto.

En Rionegro

El Compareciente. _____


SABINO ALFONSO CABALLERO VILLAMIL
Notario Segundo Circuito de Rionegro, Antioquia



INGRESO URGENCIAS
ATENCION POR ACCIDENTE LABORAL

N° Historia Clínica: 1036950607

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1036950607 AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE	Sexo:	Femenino
F. Nacim:	29/07/1994	Edad en la atención:	23 Años / 9 Meses / 12 Días
Estado Civil:	UnionLibre	Dirección:	CRA 85 A #39 C 21
Teléfono:	3116554182	Procedencia:	RIONEGRO
Ocupación:	INDEPENDIENTE	Responsable:	JUAN DAVID GARCIA
Tel.responsable:	3127744936	Dir.responsable:	CRA 75A 39 21
Parentesco:	ESPOSO	Acompañante:	JUAN DAVID GARCIA
Tel. Acompañante:	3127744936	Entidad:	NO_VIGENTE SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A
Plan Beneficios:	SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. (ARL) (NO VIGENTE)	Rango:	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

FOLIO N° 1		Fecha del Folio: 11/05/2018 13:50	
N° Ingreso:	3443724	Fecha:	11/05/2018 11:23
Fecha de inicio de registro:	11/05/2018 13:47	F. Consulta:	Deteccion_Alteracion_Aduerto
C. Externa:	Accidente_de_Trabajo		

¿LA ATENCIÓN ES POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO? SI NO

MOTIVO DE CONSULTA:

ENFERMEDAD ACTUAL :

REVISION POR SISTEMAS:

ESTADO AL INGRESO: CONSCIENTE AGITADO ALICORADO INCONSCIENTE MUERTO SOMNOLIENTO

ANTROPOMETRÍA/SIGNOS VITALES

PESO: Kg TALLA: IMC: TEMP: C PA: DOLOR:
 FC: /MIN FR: /MIN SATURACION DE OXIGENO: FIO2:

ESCALA DE GLASGOW APERTURA OCULAR RESPUESTA VERBAL RESPUESTA MOTORA

GLASGOW 0

Valoración Ingreso:

EXAMEN FISICO:

ANALISIS-PLAN:

Conciliación medicamentosa:

- Forma de Verificación de la prescripción:
- Listado de Medicamentos que recibe el paciente y por qué

3. ¿Se concilia medicamentos? ¿Por qué?

Información del folio No. 1



DR. GUSTAVO FLORES ROJAS
 MEDICO GENERAL C.C. 9.298.650 - R.M. 3280

FLORES ROJAS GUSTAVO ADOLFO
 MEDICINA GENERAL
R.M. 11357

Antecedentes

*** (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).**

Tipo Antecedente Fecha * Detalle

Médicos 11/05/2018 NO : DM TIPO 2 HTA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Diagnósticos Registrados en este folio

**** (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).**

Código CIE10	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
S903	<input type="checkbox"/> CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	

Plan de manejo - Medicamentos

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Dias	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
-------------	--------------------------------------	-----	----------------	------	-----------------------	---

Plan de manejo Intrahospitalario

B05BS004701	SODIO 100 CLORURO 0.9% X 100ML SOL INY	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	1	<input type="checkbox"/> 0	100.00 MILILITRO Dosis Unica -
-------------	--	-------------------------------------	------------	---	----------------------------	--------------------------------

Posología 100,00 MILILITRO Endovenosa

N02AT020701	TRAMADOL SLN INY 50MG/ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	1	<input type="checkbox"/> 0	50.00 MILIGRAMO / MILILITRO Dosis Unica -
-------------	--------------------------	-------------------------------------	------------	---	----------------------------	---

Posología 50,00 MILIGRAMO / MILILITRO Endovenosa

B05BS004701	SODIO 100 CLORURO 0.9% X 100ML SOL INY	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	1	<input type="checkbox"/> 0	100.00 MILILITRO Dosis Unica -
-------------	--	-------------------------------------	------------	---	----------------------------	--------------------------------

Posología 100,00 MILILITRO Endovenosa

M01AD015701	DICLOFENACO SLN INY 75MG/3ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	1	<input type="checkbox"/> 0	75.00 MILIGRAMO / MILILITRO Dosis Unica -
-------------	------------------------------	-------------------------------------	------------	---	----------------------------	---

Posología 75,00 MILIGRAMO / MILILITRO Endovenosa

Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).

Tipo Indicación: Urgencias_Observacion

Órd. Médicas:

Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clinico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
873004	873432 - RADIOGRAFIA DE ANTEPIE AP Y OBLICUA	1	Urgente	RX AP OBLICUA ANTEPIE IZQUIERDO DXS CONTUSION ANTEPIE SILLA N: 39

Información del folio No. 1

G. F. R.
DR. GUSTAVO FLOREZ ROJAS
MEDICO GENERAL C.C. 8.298.650 - R.M. 3280

FLOREZ ROJAS GUSTAVO ADOLFO
MEDICINA GENERAL
R.M. 11357

INGRESO URGENCIAS
ATENCION POR ACCIDENTE LABORAL

N° Historia Clínica: 1036950607

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1036950607 AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE	Sexo:	Femenino
F. Nacim:	29/07/1994	Edad en la atención:	23 Años / 9 Meses / 12 Días
Estado Civil:	UnionLibre	Dirección:	CRA 85 A #39 C 21
Teléfono:	3116554182	Procedencia:	RIONEGRO
Ocupación:	INDEPENDIENTE	Responsable:	JUAN DAVID GARCIA
Tel.responsable:	3127744936	Dir.responsable:	CRA 75A 39 21
Parentesco:	ESPOSO	Acompañante:	JUAN DAVID GARCIA
Tel. Acompañante:	3127744936	Entidad:	NO_VIGENTE SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A
Plan Beneficios:	SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. (ARL) (NO VIGENTE)	Rango:	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

FOLIO N° 2		Fecha del Folio: 11/05/2018 15:04	
N° Ingreso:	3443724	Fecha:	11/05/2018 11:23
Fecha de inicio de registro:	11/05/2018 14:13	F. Consulta:	Deteccion_Al teracion_Adu lto
C. Externa:	Accidente_de_Trab ajo		

¿LA ATENCIÓN ES POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO? SI NO

TIPO DE INGRESO: Urgencias

Discapacidad del Paciente: Sin discapacidad

¿Actualmente consume tabaco?

REINGRESO: NO

REMITIDO: NO

MOTIVO DE CONSULTA:

TX ANTEPIE

ENFERMEDAD ACTUAL :

PACIENTE QUIEN AL ESTAR LABORANDO Y AL MANIPUALR OBJETO LIVIANO SUIFRE ACCIDENTALMENTE TX CONTUSO POR MACHACAMIENTO ANTEPIE IZQUIERDO DOLOR LOCAL SIN DEFORMIDAD Y LIMITACION PARA LA MOVILIDAD AL CAERLE MOLDE HIERRO DE UN PESO DE 2 KGS DE UNA ALTURA DE 50 CMS DE 2 HORAS DE EVOLUCION

REVISIÓN POR SISTEMAS:

ALGIDA MARCHA ANTALGICA

NINGUNO

ESTADO AL INGRESO: CONSCIENTE AGITADO ALICORADO INCONSCIENTE MUERTO SOMNOLIENTO
 CONSCIENTE ORIENTADA ALERTA

ANTROPOMETRÍA/SIGNOS VITALES

PESO: 50 Kg TALLA: IMC: TEMP: 37 C PA: 100/60
 FC: 64 /MIN FR: 18 /MIN SATURACION DE OXIGENO:97% FIO2: 21 DOLOR: 3

ESCALA DE GLASGOW APERTURA OCULAR RESPUESTA VERBAL RESPUESTA MOTORA
 4 ESPONTANEO 5 ORIENTADO 6 OBEDECE ORDENES **GLASGOW 15**

Valoración Ingreso:

EXAMEN FISICO: ANTEPIE IZQUIERO : DOLOROSO SIN EDEMA DEFORMIDAD CREPITACION CLIC. NI ANGULACION

ANALISIS-PLAN: DXS: CONTUSION ANTEPIE DE ORIGEN LABORAL SS 100 CC TRAMADOL 50 MGS SS 100 CC DICLOFENAC 75 MGS IV RX AP OBLICUA ANTEPIE IZQUIERDO NO FRACTURAS DE METATARSIANOS NI FALANGES ALTA CON INSTRUCCIONES PIE ELEVADAO MEDIOS FISICOS DICASEN 25 MGS CADA 8 HORAS INCAPACIDAD 2 DIAS

Información del folio No. 2



DR. GUSTAVO FLORES ROJAS
 MEDICO GENERAL C.C. 9.298.650 - R.M. 3280

FLOREZ ROJAS GUSTAVO ADOLFO
 MEDICINA GENERAL
R.M. 11357

Conciliación medicamentosa:

1. Forma de Verificación de la prescripción:
2. Listado de Medicamentos que recibe el paciente y por qué
3. ¿Se concilia medicamentos? ¿Por qué?

Antecedentes

*** (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).**

Tipo Antecedente	Fecha	* Detalle
Médicos	11/05/2018	<input type="checkbox"/> NO : DM TIPO 2 HTA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Diagnósticos Registrados en este folio

**** (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).**

Código CIE10	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
S903	<input type="checkbox"/> CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	

Plan de manejo - Medicamentos

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Dias	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
	INDICACION MEDICA	<input type="checkbox"/>	Ninguno	1	<input type="checkbox"/> 0	ALTA CON INSTRUCCIONES PIE ELEVADAO APLICAR CALOR - HIELO LOCAL CADA HORA POR 20 MINUTOS ALTERNADO EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTOS DICASEN TABLETAS DE 25 MGS N 30 TOMAR 1 CADA 8 HORAS

Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).

Tipo Indicación: Salida

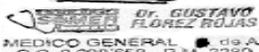
Órd. Médicas:

Incapacidad

***** (Debido al alto volúmen de información, es necesario remitirse al informe de Incapacidad médica desde la opción Informes/Impresión de solicitudes, item Incapacidad)**

Consecutivo No. *** 173304

Información del folio No. 2

G. F. R.

 DR. GUSTAVO FLOREZ ROJAS
 MEDICO GENERAL - B.S.A.
 C.C. 9.298.650 - R.M. 3280

FLOREZ ROJAS GUSTAVO ADOLFO
 MEDICINA GENERAL
R.M. 11357

HISTORIA CLINICA GINECOLOGIA

N° Historia Clínica: 1036950607

Datos personales del Paciente			
Paciente: Cédula_Ciudadanía 1036950607 AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE	Sexo: Femenino	F. Nacim: 29/07/1994	
Edad en la atención: 29 Años / 5 Meses / 16 Días	Estado Civil: UnionLibre	Dirección: CRA 85 A #39 C 21	
Teléfono: 3116554182	Procedencia: RIONEGRO	Ocupación: INDEPENDIENTE	
Responsable:	Tel.responsable:	Dir.responsable:	Parentesco:
Acompañante:	Tel. Acompañante:		
Entidad: EPS SURA			
Plan Beneficios: EPS SURA (CONTRIBUTIVO)	Rango: RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)		

FOLIO N° 3	Fecha del Folio: 13/01/2024 01:33		
N° Ingreso: 5740491	Fecha: 13/01/2024 00:33	F. Consulta: No_Aplica	C. Externa: Enfermedad_General

EVOLUCIÓN

Subjetivo

INGRESO GO

Aura 29 años, Residente de Porvenir, Union libre, Trabaja como indepndneitne
Hemoclasificación O +
G1

Paciente quien consulta por cuadro clinico de 7 dias de sangrado vaginal escaso, refiere como pinta oscura, refiere que hoy presento sangrado en mayor cantidad, asociado a dolor abdominal que cedio posterior a la administracion de hisocina. No refiere otros sintomas

Antecedentes
Patologicos: Psoriasis
Alergicos: niega
Quirurgicos: niega
Familiares: HTA

Ecografías
10/01/2024 embarazo inicial por saco gestacional de 6.5 mm para 6+3 semanas, no embrion en su interior, ni vesicula vitelina

Paraclínicos
03/01/2024 Toxo IGG negativo, Toxo IGM neg, Glucosa 95, HB 14.5, HTO 44.2, PlaQ 314.000, AGHBS neg, Sifilis neg

SIGNOS VITALES

Presión arterial Sistólica: 120 Diastólica: 80
Frecuencia cardíaca: 78
Frecuencia respiratoria: 18
Saturación de oxígeno: 98
Temperatura: 36
Peso: 60,00
Talla: 160,00
Índice de masa corporal (IMC): 0,0023

Objetivo

Buenas condiciones generales
Cardiopulmonar normal
Abdomen blando sin signos de irritacion peritoneal
TV
Extremidades sin edemas
Sin deficit neurologico

Rastreo ecografico: endometrio de 4 mm sin evidencia de saco gestacional, anexos normales, llama atencion liquido libre en cavidad, aparentes coagulos, no observo embarazo extrauterino.

Información del folio No. 3



MEJIA CARMONA MARIA
ALEJANDRA
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
R.M. 1037630108

HALLAZGO POR SISTEMAS

Cabeza:

ORL:

Abdomen:

Extremidades:

Cuello:

Mamas:

Cardiopulmonar:

Tacto vaginal:

Genitourinario:

Neurológico:

Análisis de resultados: No aplica Análisis de paraclínico:

Análisis de la evolución:

Paciente 29 años ecografía con embarazo menor a 5 semana solo se observa saco gestacional sin embrión ni vesícula. Asiste por sangrado vaginal. Examen físico sin cambios cervicales, sangrado en escasa cantidad, rastreo ecografía sin evidencia de embarazo intrauterino ni extrauterino ya que llama atención líquido libre en cavidad. Considero los siguientes diagnósticos aborto completo (endometrio 4 mm) vs ectópico. Solicito BHCG para correlacionar hallazgos.

Plan:

BHCG

Antecedentes

* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
11/05/2018 15:04	Médicos	<input type="checkbox"/> NO : DM TIPO 2 HTA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Diagnósticos Registrados en este folio

** (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
0059 <input type="checkbox"/>	OTRO ABORTO COMPLETO O NO ESPECIFICADO SIN COMPLICACION	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	

Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales serán vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).

Tipo Indicación: Urgencias_Observacion

Órd. Médicas:

Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clínico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
906625	906625 - GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1	Rutinario	

Información del folio No. 3

MEJIA CARMONA MARIA
ALEJANDRA
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
R.M. 1037630108

HISTORIA CLINICA GINECOLOGIA

N° Historia Clínica: 1036950607

Datos personales del Paciente			
Paciente: Cédula_Ciudadanía 1036950607 AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE	Sexo: Femenino	F. Nacim: 29/07/1994	
Edad en la atención: 29 Años / 5 Meses / 16 Días	Estado Civil: UnionLibre	Dirección: CRA 85 A #39 C 21	
Teléfono: 3116554182	Procedencia: RIONEGRO	Ocupación: INDEPENDIENTE	
Responsable:	Tel.responsable:	Dir.responsable:	Parentesco:
Acompañante:	Tel. Acompañante:		
Entidad: EPS SURA			
Plan Beneficios: EPS SURA (CONTRIBUTIVO)	Rango: RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)		

FOLIO N° 4		Fecha del Folio: 13/01/2024 03:54	
N° Ingreso: 5740491	Fecha: 13/01/2024 00:33	F. Consulta: No_Aplica	C. Externa: Enfermedad_General

EVOLUCIÓN

Subjetivo

INGRESO GO

Aura 29 años
Hemoclasificación O +
G1

Diagnostico
- Aborto completo
** Endometrio 4 mm
** BHCG negativa

Antecedentes
Patológicos: Psoriasis
Alergicos: niega
Quirúrgicos: niega
Familiares: HTA

Paraclínicos
03/01/2024 Toxo IGG negativo, Toxo IGM neg, Glucosa 95, HB 14.5, HTO 44.2, Pla_q 314.000, AGHBS neg, Sífilis neg

SIGNOS VITALES

Presión arterial Sistólica: 120 Diastólica: 80
Frecuencia cardíaca: 78
Frecuencia respiratoria: 18
Saturación de oxígeno: 98
Temperatura: 36
Peso: 60,00
Talla: 160,00
Índice de masa corporal (IMC): 0,0023

Objetivo

Información del folio No. 4



**MEJIA CARMONA MARIA
ALEJANDRA**
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
R.M. 1037630108

Buenas condiciones generales
Cardiopulmonar normal
Abdomen blando sin signos de irritacion peritoneal
TV se omite
Extremidades sin edemas
Sin deficit neurologico

Rastreo ecografico: endometrio de 4 mm sin evidencia de saco gestacional, anexos normales, llama atencion liquido libre en cavidad, aparentes coagulos, no observo embarazo extrauterino.

Paraclínicos
13/01/2024: BHCG 485

HALLAZGO POR SISTEMAS

Cabeza:
ORL:
Abdomen:
Extremidades:
Cuello:
Mamas:
Cardiopulmonar:
Tacto vaginal:
Genitourinario:
Neurológico:

Análisis de resultados: No aplica Análisis de paraclínico:

Análisis de la evolución:
Paciente con aborto completo se correlaciona con hallazgos ecograficos. Por lo anterior se decide alta.

Plan:
Alta

Antecedentes * (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
11/05/2018 15:04	Médicos	<input type="checkbox"/> NO : DM TIPO 2 HTA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Diagnósticos Registrados en este folio ** (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi Dx Ing Dx Egr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
0059 <input type="checkbox"/>	OTRO ABORTO COMPLETO O NO ESPECIFICADO SIN COMPLICACION	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	

Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).

Tipo Indicación: Salida
Ord. Médicas:

Información del folio No. 4

**MEJIA CARMONA MARIA
ALEJANDRA**
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
R.M. 1037630108

INGRESO OBSTETRICIA

N° Historia Clínica: 1036950607

Datos personales del Paciente			
Paciente: Cédula_Ciudadanía 1036950607 AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE	Sexo: Femenino	F. Nacim: 29/07/1994	
Edad en la atención: 29 Años / 5 Meses / 23 Días	Estado Civil: UnionLibre	Dirección: CRA 85 A #39 C 21	
Teléfono: 3116554182	Procedencia: RIONEGRO	Ocupación: INDEPENDIENTE	
Responsable: JUAN DAVID GARCIA	Tel.responsable: 3117902331	Dir.responsable: CRA 85 A #39 C 21	Parentesco: PAREJA
Acompañante: JUAN DAVID GARCIA	Tel. Acompañante: 3117902331		
Entidad: EPS SURA			
Plan Beneficios: EPS SURA (CONTRIBUTIVO)	Rango: RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)		
FOLIO N° 6		Fecha del Folio: 20/01/2024 04:42	Area Serv: UNIDAD GINECO_OBSTETRICIA
N° Ingreso: 5756086	Fecha: 20/01/2024 00:46	F. Consulta: No_Aplica	C. Externa: Enfermedad_General

Ingreso a Obstetricia

Control Prenatal: No

Motivo de consulta

"dolor bajito y sangrado vaginal"

Enfermedad Actual

INGRESO GO

Aura 29 años, Residente de Porvenir, Union libre, Trabaja como indepndneitne
Hemoclasificacion O +
G1

Paciente quien hace una semana consultó por cuadro clinico de 7 dias de sangrado vaginal escaso y dolor abodminal, aquí realizaron rastreo ecografico descrito como endometrio lineal de 4 mm, anexos normales y líquido libre en cavidad, realizaron control de BHCG 10/ene en 745 y el 13/ene en 485, por lo que ante disminucion fue dada de alta con diagnóstico sugestivo de aborto completo.

Hoy consulta refiriendo aumento en el dolor abdominal y en el volumen del sangrado vaginal, niega emesis, niega fiebre, niega otros sintomas.

Antecedentes

Patologicos: Psoriasis
Alergicos: niega
Quirurgicos: niega
Familiares: HTA

Gestación:

Edad Gestacional:

Fecha de Última Menstruación:

Embarazo: Único

Grupo sanguíneo:

Revisión por Sistemas

Ecografías
10/01/2024 embarazo incial por saco gestacional de 6.5 mm para 6+3 semanas, no embrion en su interior, ni vesicula vitelina

Paraclínicos
03/01/2024 Toxo IGG negativo, Toxo IGM neg, Glucosa 95, HB 14.5, HTO 44.2, Plaq 314.000, AGHBS neg, Sífilis neg

Paraclínicos Control Prenatal

Prueba de Elisa Virus de la Inmunodeficiencia Humana:	Observaciones:
Antígeno de superficie Hepatitis B:	Observaciones:
Serología VDRL:	Observaciones:
Streptococco del Grupo B:	Observaciones:
Curva de Tolerancia Oral a la Glucosa (CTOG):	Observaciones:

Información del folio No. 6



Toxoplasma IGG:

Observaciones:

Toxoplasma IGN:

Observaciones:

Otros:

Observaciones:

Ecografías

Examen físico
alerta, tranquila, orientada
mucosas húmedas, conjuntivas normocrómicas
no signos de dificultad respiratoria
abdomen blando, depresible, dolor a la palpación profunda de predominio en fosa iliaca izquierda, no signos de irritación peritoneal, no masas
tacto vaginal con cervix posterior, largo duro, cerrado, utero de 8 cm, móvil, sangrado escaso
extremidades sin edema.

Examen Físico

Estado general:

Percepción de movimientos fetales:

Presentación del feto:

Estado de conciencia:

Percepción de actividad uterina:

Escala de dolor sistémica:

Percepción de pérdidas vaginales:

Signos Vitales

Presión arterial: Sistólica: 105 **Diastólica:** 78

Saturación de oxígeno: 97

Talla: ,00

Frecuencia cardíaca fetal (FCF):

Escala de dolor:

Frecuencia cardíaca: 84

Temperatura: 36,00

Índice de masa corporal (IMC): 0,0

Frecuencia respiratoria: 17

Peso: 0,0

Altura uterina: 0,0

Frecuencia cardíaca fetal (FCF):

Hallazgos Por Sistemas

Cabeza: Normal

ORL: Normal

Abdomen: Normal

Extremidades: Normal

Cuello: Normal

Cardiopulmonar: Normal

Genitourinario: Normal

Neurológico: Normal

Análisis

Paciente con embarazo d localizaicon incierta/desconocida, con dolor pelvico persistente y sangrado vaginal, estable hemodinamicamente, no signs de irritacion peritoneal.

Se ingresa para analgesia y estudios, reevaluacion con reusltados

Plan

solciito BHCG cuantitativa y ecografía pelvica transvaginal.

Diclofenaco 1 amp iv DU; hioscina 1 amp IV DU

Factores de riesgo tromboprofilaxis en gestantes

1 Punto	2 Puntos	3 Puntos	4 Puntos
<input type="checkbox"/> Sin factores de riesgo	<input type="checkbox"/> Cesárea intraparto	<input type="checkbox"/> Antecedente de TVP originado por cirugía mayor	<input type="checkbox"/> Síndrome de hiperestimulación ovárica
<input type="checkbox"/> Antecedente familiar primer grado de tvp asociada a estrógenos o no provoca		<input type="checkbox"/> Trombofilia de alto riesgo	<input type="checkbox"/> Antecedente TVP
<input type="checkbox"/> Trombofilia de bajo riesgo		<input type="checkbox"/> Comorbilidad importante: cáncer, falla cardíaca, lupus, síndrome nefrótico, nefr	
<input type="checkbox"/> Edad mayor a 35 años		<input type="checkbox"/> Procedimiento quirúrgico durante la gestación o el puerperio (excepto reparación perineal)	
<input type="checkbox"/> Obesidad		<input type="checkbox"/> Hiperemesis	
<input type="checkbox"/> Paridad mayor o igual a 3			
<input type="checkbox"/> Tabaquismo			
<input type="checkbox"/> Venas varices			

Información del folio No. 6

FLOREZ RIOS ANA MARIA
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
R.M. 1214714500

<input type="checkbox"/> Preeclamsia actual
<input type="checkbox"/> Técnica de reproducción asistida para lograr embarazo actual
<input type="checkbox"/> Embarazo múltiple
<input type="checkbox"/> Cesárea electiva
<input type="checkbox"/> Parto instrumentado
<input type="checkbox"/> Trabajo de parto por más de 24 horas
<input type="checkbox"/> Hemorragia posparto mayor a 1000cc
<input type="checkbox"/> Parto actual pretérmino
<input type="checkbox"/> Mortinato en gesta actual
<input type="checkbox"/> Infección sistémica actual
<input type="checkbox"/> Deshidratación / Inmovilidad

Valor: 0 Medidas no farmacológicas

Conciliación medicamentosa:

1. De donde se obtiene la información:
2. Se concilian medicamentos: N/A (No hay medicamentos para conciliar)

Antecedentes * (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
11/05/2018 15:04	Médicos	<input type="checkbox"/> NO : DM TIPO 2 HTA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Diagnósticos Registrados en este folio ** (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Prind DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
0009 <input type="checkbox"/>	EMBARAZO ECTOPICO NO ESPECIFICADO	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	

Plan de manejo - Medicamentos

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Días	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
M01AD015701	DICLOFENACO SLN INY 75MG/3ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	<input type="checkbox"/> 0		75 MILIGRAMO / MILILITRO Dosis Unica -
A03BH013701	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO SLN INY 20MG/ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	<input type="checkbox"/> 0		20 MILIGRAMO / MILILITRO Dosis Unica -

Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).

Tipo Indicación: Urgencias_Observacion

Órd. Médicas:

Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clínico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
906625	906625 - GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1	Rutinario	BHCG cuantitativa
881401	881401 - ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	1	Rutinario	

Información del folio No. 6





Paciente:AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE
Cédula_Ciudadanía1036950607

SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.
890939936

ENFERMERIA

N° Historia Clínica: 1036950607

Datos personales del Paciente							
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1036950607 AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE	Sexo:	Femenino	F. Nacim:	29/07/1994		
Edad en la atención:	29 Años / 5 Meses / 23 Días	Estado Civil:	UnionLibre	Dirección:	CRA 85 A #39 C 21		
Teléfono:	3116554182	Procedencia:	RIONEGRO	Ocupación:	INDEPENDIENTE		
Responsable:	JUAN DAVID GARCIA	Tel.responsable:	3117902331	Dir.responsable:	CRA 85 A #39 C 21	Parentesco:	PAREJA
Acompañante:	JUAN DAVID GARCIA	Tel. Acompañante:	3117902331				
Entidad:	EPS SURA						
Plan Beneficios:	EPS SURA (CONTRIBUTIVO)					Rango:	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORÍA A)
FOLIO N° 7				Fecha del Folio: 20/01/2024 05:07			
N° Ingreso:	5756086	Fecha:	20/01/2024 00:46	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Otra

ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

PERCEPCIÓN SENSORIAL: Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión. 4.Sin limitaciones.

Completamente limitada: Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.

Muy limitada: Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o gesticulación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.

Ligeramente limitada: Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.

Observaciones

RESPONDE ORDENES

EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD: Nivel de exposición de la piel a la humedad

3.Ocasionalmente húmeda.

Constantemente húmeda: La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc.Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.

A menudo húmeda: La piel está a menudo, pero no siempre,húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.

Ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.

Raramente húmeda: La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.

Observaciones

REQUIERE CAMBIOS DE ORPA UNA VEZ AL DIA

ACTIVIDAD: Nivel de actividad física.

3.Deambula oc asionalmente.

Encamado/a: Paciente constantemente encamado/a.

En silla: Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.

Deambula ocasionalmente: Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.

Deambula frecuentemente: Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.

Observaciones

DEAMBULA EN OCASIONES POR SUS PROPIOS MEDIOS

MOVILIDAD: Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo

3.Ligeramente limitada.

Completamente inmóvil: Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.

Muy limitada: Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.

Información del folio No. 7

Valeria López G.

Ligeramente limitada: Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a

Sin limitaciones: Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.

Observaciones

EFFECTUA CAMBIOS DE POSICION SIN COMPLICACIONES

NUTRICIÓN: Patrón usual de ingesta de alimentos

3.Adecuada.

Muy pobre: Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.

Probablemente inadecuada: Raramente come una comida completa y generalmente como solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o Recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.

Adecuada: Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.

Excelente: Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehusa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.

Observaciones

TOMA MAS DE LA MITAD DE LAS COMIDAS

ROCE Y PELIGRO DE LESIONES

3.No existe problema aparente.

Problema: Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. recientemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes eposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.

Problema potencial: Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.

No existe problema aparente: Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.

Observaciones

SE MUEVE EN LA CAMILLA SIN COMPLICACIONES

VALOR 19

RIESGO BAJO: puntuacion total 15-16 si menor de 75 años o de 15-18 si mayor o igual a 75 años

RIESGO BAJO:

- Cambios de posición: Cada 6 horas.
- Alimentación: Dieta según las características del paciente.
- Mantener seco: Higiene corporal o local diaria y a demanda. Cambio de sábanas cada 24 horas.
- Superficie de Apoyo: Superficies estáticas (Colchonetas-cojines estáticos de aire, colchonetas – cojines de fibra o espumas especiales).
- Medición del riesgo: Semanal, domingo.

Información del folio No. 7

Valeria López G.

ESCALA CAIDA DE MORSE.

Antecedentes de Caídas recientes o en los 3 últimos meses: **0 puntos.**

0 puntos: No.

25 puntos: Si.

Observaciones

NIEGA CAIDAS

Dignóstico Secundario: **15 puntos.**

0 puntos: No.

15 puntos: Si.

Observaciones

PLASMADOS EN HISTORIA CLINICA

Ayuda para la deambulaci3n: **0 puntos.**

0 puntos: Reposo en cama, ayuda de enfermera / Ninguno.

15 puntos: Muletas, bast3n, andador.

30 puntos: Muebles.

Observaciones

DEAMBULA SIN COMPLICACIONES POR SUS PROPIOS MEDIOS

Cat3teres iv/ Dispositivos / Venoclisis **20 puntos.**

0 puntos: No

20 puntos: Si

Observaciones

ACCESO VENOSO PERMEABLE

Equilibrio/Traslado: **0 puntos.**

0 puntos: Normal, reposo en cama,inm3vil.

10 puntos: Deb3l.

20 puntos: Alterado.

Observaciones

NORMAL

Estado Mental: **0 puntos.**

0 puntos: Orientado seg3n las posibilidades.

15 puntos: Olvida sus limitaciones o sobrestima

Observaciones

ORIENTADA EN SUS TRES ESFREAS

VALOR 35 RIESGO MODERADO: 25-50 Implementar plan de prevenci3n de caida est3ndar.

Informaci3n del folio No. 7

Valeria L3pez G.


SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.
890939936
ENFERMERIA
N° Historia Clínica: 1036950607

Datos personales del Paciente							
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1036950607	AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE	Sexo:	Femenino	F. Nacim:	29/07/1994
Edad en la atención:	29 Años / 5 Meses / 23 Días	Estado Civil:	UnionLibre	Dirección:	CRA 85 A #39 C 21		
Teléfono:	3116554182	Procedencia:	RIONEGRO	Ocupación:	INDEPENDIENTE		
Responsable:	JUAN DAVID GARCIA	Tel.responsable:	3117902331	Dir.responsable:	CRA 85 A #39 C 21	Parentesco:	PAREJA
Acompañante:	JUAN DAVID GARCIA			Tel. Acompañante:	3117902331		
Entidad:	EPS SURA						
Plan Beneficios:	EPS SURA (CONTRIBUTIVO)				Rango:	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)	
FOLIO N° 8			Fecha del Folio: 20/01/2024 07:23				
N° Ingreso:	5756086	Fecha:	20/01/2024 00:46	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Otra

ESCALA CAIDA DE MORSE.
Antecedentes de Caídas recientes o en los 3 últimos meses:
0 puntos.

0 puntos: No.

25 puntos: Si.

Observaciones

SE INTERROGA PACIENTE Y NO RELATA CAIDAS

Dignóstico Secundario:
15 puntos.

0 puntos: No.

15 puntos: Si.

Observaciones

PACIENTE CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Ayuda para la deambulaci3n:
0 puntos.

0 puntos: Reposo en cama, ayuda de enfermera / Ninguno.

15 puntos: Muletas, bast3n, andador.

30 puntos: Muebles.

Observaciones

NORMAL.

Cat3teres iv/ Dispositivos / Venoclisis
20 puntos.

0 puntos: No

20 puntos: Si

Observaciones

SE CANALIZA ACCESO VENOSO AL INGRESO

Equilibrio/Traslado:
10 puntos.

0 puntos: Normal, reposo en cama,inm3vil.

10 puntos: Deb3l.

20 puntos: Alterado.

Informaci3n del folio No. 8
ALVAREZ PATIÑO LAURA

AUXILIAR DE ENFERMERIA

R.M. 5-3320-13

Observaciones

DEBIL

Estado Mental: **0 puntos.**

0 puntos: Orientado según las posibilidades.

15 puntos: Olvida sus limitaciones o sobrestima

Observaciones

GLASGOW 15/15

VALOR 45 RIESGO MODERADO: 25-50 Implementar plan de prevención de caída estándar.

Información del folio No. 8



ALVAREZ PATIÑO LAURA

AUXILIAR DE ENFERMERIA

R.M. 5-3320-13

EVOLUCION MEDICA

N° Historia Clínica: 1036950607

Datos personales del Paciente				
Paciente: Cédula_Ciudadanía	1036950607	AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE	Sexo: Femenino	F. Nacim: 29/07/1994
Edad en la atención: 29 Años / 5 Meses / 23 Días	Estado Civil: UnionLibre	Dirección: CRA 85 A #39 C 21		
Teléfono: 3116554182	Procedencia: RIONEGRO	Ocupación: INDEPENDIENTE		
Responsable: JUAN DAVID GARCIA	Tel.responsable: 3117902331	Dir.responsable: CRA 85 A #39 C 21	Parentesco: PAREJA	
Acompañante: JUAN DAVID GARCIA	Tel. Acompañante: 3117902331			
Entidad: EPS SURA				
Plan Beneficios: EPS SURA (CONTRIBUTIVO)	Rango: RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)			

FOLIO N° 9		Fecha del Folio: 20/01/2024 09:09		
N° Ingreso: 5756086	Fecha: 20/01/2024 00:46	F. Consulta: No_Aplica	C. Externa: Enfermedad_General	

Detalle del folio:

EVOLUCION PACIENTE

¿El paciente reingresa por la misma causa al servicio de hospitalización? No

Paciente requiere aislamiento? No

SIGNOS VITALES

Peso:
Presión Arterial: 110/70
Frecuencia Cardíaca: 98
Saturación de Oxígeno:

Temperatura:
Frecuencia Respiratoria: 16
Fracción Inspirada de Oxígeno:
Dolor: 0,0000

SUBJETIVO

Evolución urgencias GO

Aura, 29 años, O+, G1E1

Diagnóstico:
Embarazo ectópico roto izquierdo

Subjetivo:
Dolor intenso, ayuno desde las 19:00 de anoche

Examen físico
Aceptables condiciones generales, algica
Abdomen con defensa voluntaria, muy doloroso a la palpación, irritación peritoneal

Eco TV 20/01/24 Útero en AVF de 69*38*35 mm, cérvix normal, endometrio 12.1 mm, OD 34*22*22 mm, OI 22*18*22 mm. Hacia el borde externo se observa imagen ecomixta, irregular de 49*26*47 mm, rodeada de abundante contenido líquido que se desplaza también a fondo de saco y fosa ovárica derecha. Conclusión: Embarazo ectópico izquierdo roto.

Plan:
Programo laparotomía.
Explico.

OBJETIVO

ANALISIS

EPICRISIS

Información del folio No. 9

Antecedentes

* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
11/05/2018 15:04	Médicos	<input type="checkbox"/> NO : DM TIPO 2 HTA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Diagnósticos Registrados en este folio

** (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
O009	<input type="checkbox"/> EMBARAZO ECTOPICO NO ESPECIFICADO	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	

Plan de manejo - Medicamentos

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	g p o	Via administr.	Cant	Término definido/Dias	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
B05XR007701	LACTATO RINGER X 1000ML SLN INY	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	1	<input type="checkbox"/> 0	1000 MILILITRO Dosis Unica -

Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Órd. Médicas: - NVO

- Laparotomía ya

Orden de Hospitalización

*** (Debido al alto volumen de información, es necesario remitirse al informe de Orden de Hospitalización desde la opción Informes/Impresión de solicitudes, item Orden hospitalización)

Consecutivo No. ***

313503

Información del folio No. 9

EVOLUCION MEDICA

N° Historia Clínica: 1036950607

Datos personales del Paciente							
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1036950607	AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE	Sexo:	Femenino	F. Nacim:	29/07/1994
Edad en la atención:	29 Años / 5 Meses / 23 Días	Estado Civil:	UnionLibre	Dirección:	CRA 85 A #39 C 21		
Teléfono:	3116554182	Procedencia:	RIONEGRO	Ocupación:	INDEPENDIENTE		
Responsable:	JUAN DAVID GARCIA	Tel.responsable:	3117902331	Dir.responsable:	CRA 85 A #39 C 21	Parentesco:	PAREJA
Acompañante:	JUAN DAVID GARCIA			Tel. Acompañante:	3117902331		
Entidad:	EPS SURA						
Plan Beneficios:	EPS SURA (CONTRIBUTIVO)					Rango:	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

FOLIO N° 10	Fecha del Folio: 20/01/2024 09:35						
N° Ingreso:	5756086	Fecha:	20/01/2024 00:46	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General

Detalle del folio:

EVOLUCION PACIENTE

¿El paciente reingresa por la misma causa al servicio de hospitalización? No

Paciente requiere aislamiento? No

SIGNOS VITALES

Peso:		Temperatura:	70
Presión Arterial:	110	Frecuencia Respiratoria:	
Frecuencia Cardíaca:		Fracción Inspirada de Oxígeno:	
Saturación de Oxígeno:		Dolor:	0,0000

SUBJETIVO

Se programa nuevamente cirugía

OBJETIVO

.

ANALISIS

.

EPICRISIS

Información del folio No. 10

Antecedentes

* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
11/05/2018 15:04	Médicos	<input type="checkbox"/> NO : DM TIPO 2 HTA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Diagnósticos Registrados en este folio

** (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
O009	<input type="checkbox"/> EMBARAZO ECTOPICO NO ESPECIFICADO	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	

Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Órd. Médicas:

Información del folio No. 10

HISTORIA CLÍNICA

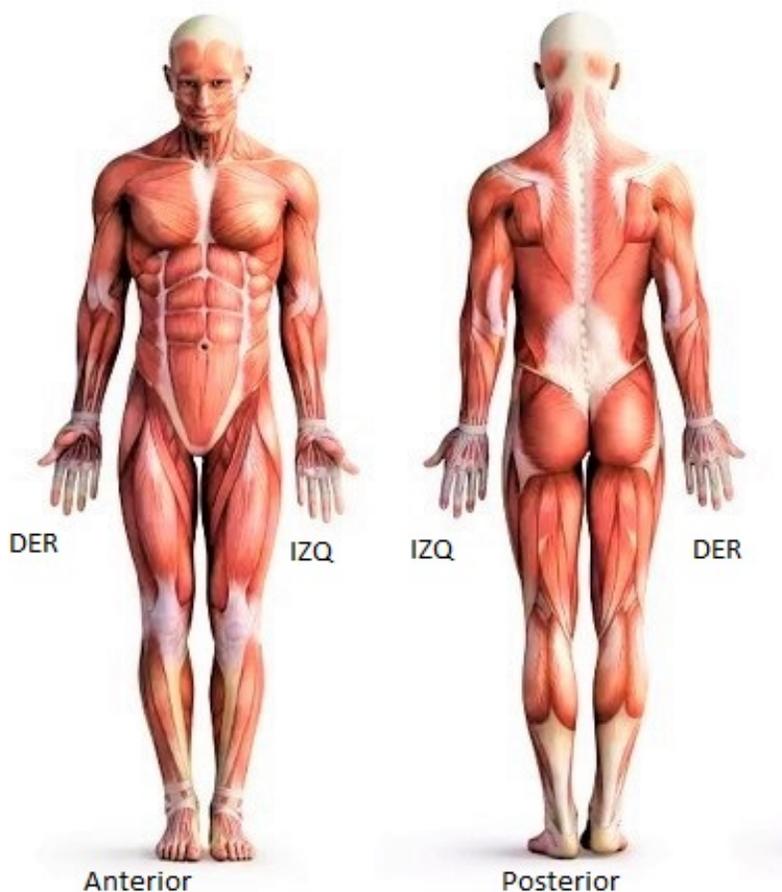
LISTA DE VERIFICACIÓN CONDICIONES PREVIAS A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Nº Historia Clínica:	1036950607		
INFORMACIÓN PERSONAL PACIENTE			
Identificación:	1036950607	Tipo Documento:	Cédula_Ciudadanía
Nombre Paciente:	AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE	Sexo:	Femenino
Fecha Nacimiento:	29/07/1994	Edad Actual:	29 Años / 6 Meses / 29 Días
Estado Civil:	UnionLibre	Edad en la Atención:	29 Años / 5 Meses / 23 Días
Ocupación:	INDEPENDIENTE	Procedencia:	RIONEGRO
Dirección:	CRA 85 A #39 C 21	Teléfono:	3116554182
Entidad:	800088702 - EPS SURA		
INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE			
Nombre:	JUAN DAVID GARCIA	Parentesco:	PAREJA
Dirección:	CRA 85 A #39 C 21	Teléfono:	3117902331
INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN			
Folio N°:	11	Fecha Folio:	20/01/2024 9:45
Nº Ingreso:	5756086	Fecha Ingreso:	20/01/2024 0:46
Finalidad Consulta:	No_Aplica	Causa Externa:	Enfermedad_General
Tipo intervención:	Urgente (Paciente requiere intervención quirúrgica en un tiempo inferior a 6 horas)		
URGENTE			
1. Validar la realización de baño prequirúrgico según protocolo institucional:			Si
2. Efectuar retiro de maquillaje de uñas:			Si
3. Realizar limpieza y/o remoción de suciedad de la piel:			Si
4. Retirar prótesis dental, lentes de contacto y accesorios metalicos (aretas, anillos, pircings):			Si
5. Retirar ropa interior y colocar la bata quirúrgica:			No
6. Verificar tiempo de ayuno de 1 a 8 horas:			8
7. Verificar correcto diligenciamiento del consentimiento informado quirúrgico:			Si
8. Entregar pertenencias a la familia:			Si
9. Verificar antecedentes alérgicos:			No
10. Evaluar las precauciones con base en la transmisión:			No
11. Verificar control y registro de signos vitales previo al traslado del procedimiento quirúrgico:			Si
12. Verificar eliminación antes de traslado al procedimiento quirúrgico:			Si
13. Administrar medicamentos prescritos previos a la cirugía:			Si
14. Verificar manilla de indentificación con riesgos identificados (punto amarillo, verde, rojo, etc):			Si
15. Valorar necesidad de apoyo emocional del paciente y notificar al médico:			Si
16. Verificar ayudas diagnósticas antes de traslado a la intervención quirúrgica:			Si
17. Verificar presencia de marcapasos implantado:			Si
17.1 ¿Requiere reprogramación de dispositivo?			Si
18. Verificar presencia de cardiodesfibrilador implantado:			No
19. Verificar la disponibilidad de hemocomponentes si se requiere:			No
20. Reservar unidad de cuidados intensivos o unidad de cuidados especiales si se requiere:			No
21. Informar a la familia donde puede permanecer durante la intervención quirúrgica, tranquilizarla y confortarla en la medida de lo posible:			No

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

Folio N°:	11	Fecha Folio:	20/01/2024 9:45
N° Ingreso:	5756086	Fecha Ingreso:	20/01/2024 0:46
Identificación:	1036950607	Tipo Documento:	Cédula_Ciudadanía
Nombre Paciente:	AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE		

MARCACIÓN DE SITIO OPERATORIO



ANTECEDENTES

Fecha	Tipo	Descripción	Resultado
11/05/2018	Médicos	NO : DM TIPO 2 HTA ALERGIA MEDICAMENTOSA	

Laura Alvarez Patiño

ALVAREZ PATIÑO LAURA

Tarjeta Profesional: 5-3320-13

Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

LICENCIADO A: [SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.] NIT [890939936-9]

HISTORIA CLÍNICA
TRANSOPERATORIO DE ANESTESIA

Nº Historia Clínica: 1036950607

INFORMACIÓN PERSONAL PACIENTE

Identificación:	1036950607	Tipo Documento:	Cédula_Ciudadanía		
Nombre Paciente:	AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE	Sexo:	Femenino		
Fecha Nacimiento:	29/07/1994	Edad Actual:	29 Años / 6 Meses / 29 Días	Edad en la Atención:	29 Años / 5 Meses / 23 Días
Estado Civil:	UnionLibre	Procedencia:	RIONEGRO		
Ocupación:	INDEPENDIENTE				
Dirección:	CRA 85 A #39 C 21	Teléfono:	3116554182		
Entidad:	800088702 - EPS SURA				

INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE

Nombre:	JUAN DAVID GARCIA	Parentesco:	PAREJA
Dirección:	CRA 85 A #39 C 21	Teléfono:	3117902331

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

Folio Nº:	12	Fecha Folio:	20/01/2024 11:21
Nº Ingreso:	5756086	Fecha Ingreso:	20/01/2024 0:46
Finalidad Consulta:	No_Aplica	Causa Externa:	Enfermedad_General

INFORMACION DEL PROCEDIMIENTO

Fecha y hora de inicio anestesia:	20/01/2024 10:30	Fecha y hora finalización de anestesia:	20/01/2024 10:55
Procedimiento:	tratamiento quirurgico del embarazo ectopico roto+drenaje de hemoperitoneo		

ESTADO FISICO

1	X	2		3		4		5		Urgente		Emergente	
---	---	---	--	---	--	---	--	---	--	---------	--	-----------	--

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Peso (Kilogramos):	58,0
---------------------------	------

LABORATORIOS

No aplica.

REVISIÓN POR SISTEMAS

Normal (antecedente de psoriasis cutanea)

ANESTESIA

Metodo Anestésico

Raquiidea:	Si
Posición:	Supino
Bloqueo:	Bueno
Nivel de Bloqueo:	I5_s1

LIQUIDOS APLICADOS

Sueros	X	Coloides		Hemocomponentes		Otros	
---------------	---	-----------------	--	------------------------	--	--------------	--

SUEROS

Solución Salina (cc):	500	Dextrosa (cc):	
Lactato de Ringer (cc):	1.500	Solución multielectrolítica (cc):	
Total Sueros:	2.000		

OBSERVACIONES GENERALES

se le realizo exitosamente la cirugia propuesta

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

Folio N°:	12	Fecha Folio:	20/01/2024 11:21
N° Ingreso:	5756086	Fecha Ingreso:	20/01/2024 0:46
Identificación:	1036950607	Tipo Documento:	Cédula_Ciudadanía
Nombre Paciente:	AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE		

CONTROL DE MONITOREO

Fecha / Hora	Clase	Tipo Monitoreo	Valor

ANTECEDENTES

Fecha	Tipo	Descripción	Resaltado
11/05/2018	Médicos	NO : DM TIPO 2 HTA ALERGIA MEDICAMENTOSA	

DIAGNÓSTICOS

Código	Nombre	Principal
O009	EMBARAZO ECTOPICO NO ESPECIFICADO	X

Observaciones: .

MEDICAMENTOS SOLICITADOS

SODIO 500 CLORURO 0.9% X 500ML SLN INY
Posología: 500 MILILITRO Dosis Unica - ,
LACTATO RINGER X 500ML SLN INY
Posología: 1500 MILILITRO Dosis Unica - ,
BUPIVACAINA + DEXTROSA SLN INY 0.5% PESADA AMP X 4ML
Posología: 12,50 MILIGRAMO Dosis Unica - ,
DIPIRONA SLN INY 1G/2ML
Posología: 1,50 GRAMO Dosis Unica - ,
TRAMADOL SLN INY 50MG/ML
Posología: 50 MILIGRAMO Dosis Unica - ,
KETAMINA SLN INY 500MG/10ML
Posología: 25 MILIGRAMO Dosis Unica - ,
PROPOFOL EMULSION INY 1% (10MG/ML) VIAL X 20 ML
Posología: 25 MILIGRAMO Dosis Unica - ,
FENTANILO SLN INY 0.1MG/2ML
Posología: 25 MICROGRAMO Dosis Unica - ,
MIDAZOLAM SLN INY 5MG/5ML
Posología: 1,50 MILIGRAMO Dosis Unica -



FLOREZ GARCIA JAIRO DE JESUS

Tarjeta Profesional: 1196

Especialidad: 021 - ANESTESIOLOGIA

LICENCIADO A: [SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.] NIT [890939936-9]



SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.
890939936

TRANSOPERATORIO ENFERMERÍA

N° Historia Clínica: 1036950607

Datos personales del Paciente										
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1036950607	AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE				Sexo:	Femenino	F. Nacim:	29/07/1994
Edad en la atención:	29 Años / 5 Meses / 23 Días	Estado Civil:	UnionLibre	Dirección:	CRA 85 A #39 C 21					
Teléfono:	3116554182	Procedencia:	RIONEGRO	Ocupación:	INDEPENDIENTE					
Responsable:	JUAN DAVID GARCIA	Tel.responsable:	3117902331	Dir.responsable:	CRA 85 A #39 C 21	Parentesco:	PAREJA			
Acompañante:	JUAN DAVID GARCIA				Tel. Acompañante:	3117902331				
Entidad:	EPS SURA									
Plan Beneficios:	EPS SURA (CONTRIBUTIVO)						Rango:	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)		
FOLIO N° 13		Fecha del Folio: 20/01/2024 11:26								
N° Ingreso:	5756086	Fecha:	20/01/2024 00:46	F. Consulta:	No_Aplica		C. Externa:	Enfermedad_General		

Detalle del folio:

REGISTRO QUIRURGICO ENFERMERIA

Fecha	20/01/2024 10:00	Quirófanos	S. Partos	Especialidad	Ginecología	Intervención	laparotomia
Sitio Oper	abdomen	Tipo de Cirugia	Prioritaria	Clasificación Herida	Limpia		
Antibiótico:							
Tipo de antibiótico	Cefazolina 2g (3g para pacientes con peso mayor a 120 kg)	Dosis		Fecha-Hora de administración de antibiótico	20/01/2024 10:05:00		
Profilaxis antibiótica	SI	Refuerzo de profilaxis	NO	OBSERVACION(ANTIBIOTICO UTILIZADO)			
Hora Llegada	20/01/2024 10:00	Destino	Hospitalización	Hora Inicio Anestesia	20/01/2024 10:28		
Hora Insición	20/01/2024 10:45	Hora Apósito	20/01/2024 11:15	Hora Salida	20/01/2024 11:25		
Monitorización	<input type="checkbox"/> Diuresis <input type="checkbox"/> Ecg <input type="checkbox"/> Gasometria <input type="checkbox"/> Pulsioximetria <input type="checkbox"/> TA no invas <input type="checkbox"/> TA Directa <input type="checkbox"/> Pvc	Otros	PosiciónDecúbito supino				
Material Osteosíntesis(Incluir liga Clips)		Biopsias		Bacteriología	Sondas y drenes	Sondaje Uretral	Situación de Placa
Canulación Via	<input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Central	Bisturí Eléctrico	Si	Observación S.D	con buenas normas de bioseguridad, correcta tecnica aseptica, lavado de manos quirurgico, todos los elementos de proteccion personal Jefe Laura Osorio realiza asepsia con clorexidina alcoholica de sitio quirurgico, de canal vaginal con prepoddyne jabón, pasa sonda evacuante nelaton#14		
ASEPSIA ZONA	RasuradoNo	Lavado con	Clorhexidina 4%	Pintado con	N/A		
ISQUEMIA	Hora Inicio	Hora Final		Localizacion	N/A		
Compresa Usadas N°	7 Und	Gasas Usadas N°	5Und	Agujas Usadas N°	3Und	Pinzas Usadas N°	30Und
Conteo Verificado	Si	Conteo Verificado	Si	Conteo Verificado	Si	Conteo Verificado	Si
Tipo de Anestesia:	Anestesia Regional	Anestesia Regional:	Raquidea	Anestesia			

Erica Cardona C
Reg. 05 1999 18

CARDONA CARDONA ERICA YURLEY
AUXILIAR DE ENFERMERIA
R.M. 05-1999-18

Observaciones Hora:10:00am Ingresa paciente Aura cristina Montoya Alzate de 29 años de edad al quirófano de la UMI procedente de urgencias programada para laparatomia exploratoria por ectopico roto izquierdo, paciente llega en camilla, estable, conciente, orientada, afebril, sin síndrome de dificultad respiratoria, torax con adecuada expansion pulmonar, extremidades superiores que mvoiliza sin edemas, con acceso venoso a nivel de antebrazo derecho permeable pasando 1000ml de hartman para sostenimiento, abdomen doloroso a la palpacion.
 Por orden de ginecologo se administra 2 gr de cefazolina en 100cc de solucion salina como profilaxis..
 se realiza lista de verificación quirúrgica en presencia de anestesiólogo e instrumentadora OK.
 Se ubica paciente en mesa quirúrgica, se realiza asepsia en región dorso lumbar con clorhexidina jabon, Dr. Florez anestesiólogo, realiza barrido con gasa esteril ,infiltra con lidocaina al 2% sin epinefrina punciona con aguja pencan #27 y coloca anestesia raquídea con bupirof pesado sin complicacion
 Procedimiento realizado sin aparentes complicaciones
 se acomoda paciente en posición supino.
 se coloca placa de electrobisturi en escapula derecha, buen contacto con piel.
 con buenas normas de bioseguridad, correcta tecnica aseptica, lavado de manos quirgico, todos los elementos de proteccion personal Jefe Laura Osorio realiza asepsia con clorexidina alcoholica de sitio quirurgico, de canal vaginal con prepodyne jabón, pasa sonda evacuante nelaton#14
 Visten con campos estériles, indicadores químicos ok.
 Se realiza segunda pausa quirúrgica en presencia de todo el equipo quirúrgico OK.
 Dr florez ordena medicamentos venosos 25mg de ketamina, 2cc de midazolam, 1,5cc de fentanyl se administra sin complicacion y se coloca canula nasal a 2litros por minuto.
 Hora:10:45am inicia procedimiento quirurgico, Dr Daza en compañía de la instrumentadora inciden por planos hasta cavidad, evidencian embarazo ectopico en muñon de trompa izquierda, realizan drenaje de hemoperitoneo de 500ml aproximadamente y salpingectomia total izquierda, se realiza conteo de compresas el cual da 5 compresas en balde y 2 compresas en mesa para un total de 7 compresas, conteo completo verificado por instrumentador, suturan por planos sin complicacion, cubren herida quirurgica con apositos de gasa y fixomull esteriles. ordena patologia se rotula correctamente como ectopico tubarico izquierdo y se manda a patologia
 se hace tercera pausa quirurgica en presencia de todo el equipo quirurgico, conteo completo.
 se traslada paciente a sala de recuperacion bajo efectos residuales de anestesia raquidea,somnolienta, consciente, tranquila, acceso venoso permeable en mano izquierda pasando hartman 1000cc mas 1,5gr de dipirona como analgesia por orden de anestesiologo, herida quirurgica con aposito limpio y seco, elimina espontaneamente, miembros inferiores aun sin recuperar motisensibilidad, se monitoriza paciente y se entrega a auxiliar encargada.

Cirujano: 73581668 DAZA SANCHEZ JUVENAL JOSE **Anestesiólogo:** 15420424 FLOREZ GARCIA JAIRO DE JESUS **Instrumentador** 1053810925 LUISA FERNANDA SERNA TOBAR :

PROCEDIMIENTOS MENORES

Fecha:	Quirófanos:	Especialidad:	Intervención:
Sitio Oper:	Tipo de Cirugia:	Clasificación Herida:	
Hora Llegada:			
Hora Salida:			
ASEPSIA ZONA			
Lavado con:			
Cirujano:			
Intrumentador(es):			
Anestesiólogo:			
Observaciones:			

CONTROL DE MEDICAMENTOS

REGISTRO DE MEDICAMENTOS EN EL TRASOPERATORIO

Medicamento	Dosis	Vía	Hora	Observaciones
-------------	-------	-----	------	---------------

Erica Cardona C
Reg. 05 1999 18

CARDONA CARDONA ERICA YURLEY
AUXILIAR DE ENFERMERIA
R.M. 05-1999-18

INFORME QUIRURGICO

N° Historia Clínica: 1036950607

Datos personales del Paciente							
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1036950607 AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE	Sexo:	Femenino	F. Nacim:	29/07/1994		
Edad en la atención:	29 Años / 5 Meses / 23 Días	Estado Civil:	UnionLibre	Dirección:	CRA 85 A #39 C 21		
Teléfono:	3116554182	Procedencia:	RIONEGRO	Ocupación:	INDEPENDIENTE		
Responsable:	JUAN DAVID GARCIA	Tel.responsable:	3117902331	Dir.responsable:	CRA 85 A #39 C 21	Parentesco:	PAREJA
Acompañante:	JUAN DAVID GARCIA	Tel. Acompañante:	3117902331				
Entidad:	EPS SURA						
Plan Beneficios:	EPS SURA (CONTRIBUTIVO)	Rango:	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)				
FOLIO N°14	Fecha del Folio:	20/01/2024 11:31					
N° Ingreso:	5756086	Fecha:	20/01/2024 00:46	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General

Detalle del folio:

1er Cirujano 73581668 DAZA SANCHEZ JUVENAL JOSE

2do Cirujano

3er Cirujano

1er Ayudante DR CIFUENTES -INTERNO

2o Ayudante

3er Ayudante

Anestesiologo DR FLOREZ

Instrumentador LUISA SERNA

Fecha y Hora de Inicio 20/01/2024 10:45

Fecha y Hora de Finalizacion 20/01/2024 11:10

Tipo de anestesia:

CONDUCTIVA-RAQUIDEA

Intervencion practicada SALPINGECTOMIA TOTAL IZQUIERDA (CODIGO 11201) + DRENAJE DE HEMOPERITONEO (CODIGO 07124)

Descripcion de quirurgica y procedimientos.

1. ASEPSIA Y ANTISEPSIA, CAMPOS QUIRÚRGICOS ESTERILES.
2. INCISIÓN PFANNSTIEL HASTA CAVIDAD ABDOMINAL.
3. IDENTIFICACION DE HALLAZGOS DESCRITOS
4. SE PROCEDE A SALPINGECTOMIA PARA RESECCION DE ECTOPICO ROTO. LIGADURA CON VICRYL 1.
5. DRENAJE DE HEMOPERITONEO, LAVADO CAVIDAD ABDOMINAL CON SUERO FISIOLÓGICO.
6. REVISION DE HEMOSTASIA.
7. CONTEO COMPLETO DE COMPRESAS
8. CIERRE POR PLANOS HASTA PIEL
9. NO COMPLICACIONES

Tejidos enviados a Anatomia Patologia

EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO IZQUIERDO

Hallazgos operatorios

MASA VIOLACEA DE 4 CMS QUE COMPROMETE EL SEGMENTO AMPULAR DE LA TROMPA IZQUIERDA CON SANGRADO ACTIVO. HEMOPERITONEO 500 CC. UTERO Y ANEXO DERECHO NORMALES.

Complicaciones

NO

Clasificación de la cirugía

Limpia

Profilaxis Antibiótica: Si

Adulto

Refuerzo: No

Antibiótico Adulto: Cefazolina 2 g (3 g para pacientes con peso mayor a 120 kg)

¿Pérdida sanguínea mayor de 500 cc?

NO

¿Se solicita cultivo?

No

¿Se ordena biopsia?

Sí

Información del folio No. 14



DAZA SANCHEZ JUVENAL JOSE

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

R.M. 20-0766-02

Antecedentes

* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
11/05/2018 15:04	Médicos	<input type="checkbox"/> NO : DM TIPO 2 HTA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Diagnósticos Registrados en este folio

** (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
O009 <input type="checkbox"/>	EMBARAZO ECTOPICO NO ESPECIFICADO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Definitivo	Confirmado_Nuevo	No_Corresponde	

Plan de manejo - Medicamentos

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Dias	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
Plan de manejo Intrahospitalario						
B05XR0077 01	LACTATO RINGER X 1000ML SLN INY	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	1	<input type="checkbox"/> 0	1000 MILILITRO Dosis Unica -
J01DC0447 21	cefAZOLina POLVO INY 1G	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	2	<input type="checkbox"/> 0	2 GRAMO Dosis Unica -
A03FM0167 01	METOCLOPRAMIDA SLN INY 10MG/2ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	2	<input checked="" type="checkbox"/> 1	10 MILIGRAMO / MILILITRO Cada 12 Horas Definido por 1 Días -
N02BE0102 47	PARACETAMOL® ACETAMINOFEN SLN INFUSION 1G/100ML/REG	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	3	<input checked="" type="checkbox"/> 1	1 GRAMO Cada 8 Horas Definido por 1 Días -
M01AD015 701	DICLOFENACO SLN INY 75MG/3ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	3	<input checked="" type="checkbox"/> 3	75 MILIGRAMO / MILILITRO Cada 12 Horas Definido por 3 Dosis -

Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).

Tipo Indicación: Hospitalizacion

- Ord. Médicas:
- HOSPITALIZAR
 - DIETA BLANDA EN 6 HORAS
 - RINGER 1000 CC PARA 12 HORAS
 - CEFAZOLINA 2 GRS IV DOSIS UNICA.
 - PARACETAMOL 1 GR IV CADA 8 HORAS
 - DICLOFENAC 75 MGS IV CADA 12 HORAS
 - METOCLOPRAMIDA 10 MGS IV CADA 12 HORAS
 - CONTROL DE SIGNOS VITALES
 - AVISAR CAMBIOS.
 - ENVIAR EMBARAZO ECTOPICO A ESTUDIO HISTOLOGICO

Solicitud de Patologías

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Patologías	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas	Origen Muestra
898241	898241 - ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES	1	Rutinario	EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO IZQUIERDO	EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO IZQUIERDO

Información del folio No. 14



DAZA SANCHEZ JUVENAL JOSE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
R.M. 20-0766-02

HISTORIA CLÍNICA
TRANSOPERATORIO DE ANESTESIA

Nº Historia Clínica: 1036950607

INFORMACIÓN PERSONAL PACIENTE

Identificación:	1036950607	Tipo Documento:	Cédula_Ciudadanía		
Nombre Paciente:	AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE	Sexo:	Femenino		
Fecha Nacimiento:	29/07/1994	Edad Actual:	29 Años / 6 Meses / 29 Días	Edad en la Atención:	29 Años / 5 Meses / 23 Días
Estado Civil:	UnionLibre	Procedencia:	RIONEGRO		
Ocupación:	INDEPENDIENTE				
Dirección:	CRA 85 A #39 C 21	Teléfono:	3116554182		
Entidad:	800088702 - EPS SURA				

INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE

Nombre:	JUAN DAVID GARCIA	Parentesco:	PAREJA
Dirección:	CRA 85 A #39 C 21	Teléfono:	3117902331

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

Folio Nº:	15	Fecha Folio:	20/01/2024 11:40
Nº Ingreso:	5756086	Fecha Ingreso:	20/01/2024 0:46
Finalidad Consulta:	No_Aplica	Causa Externa:	Enfermedad_General

INFORMACION DEL PROCEDIMIENTO

Fecha y hora de inicio anestesia:	20/01/2024 10:30	Fecha y hora finalización de anestesia:	20/01/2024 11:30
Procedimiento:	laparatomia para tratamiento quirurgico de embarazo ectopico		

ESTADO FISICO

1	X	2		3		4		5		Urgente		Emergente
---	---	---	--	---	--	---	--	---	--	---------	--	-----------

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Peso (Kilogramos):	58,0
--------------------	------

LABORATORIOS

No aplica,

REVISIÓN POR SISTEMAS

Normal

ANESTESIA

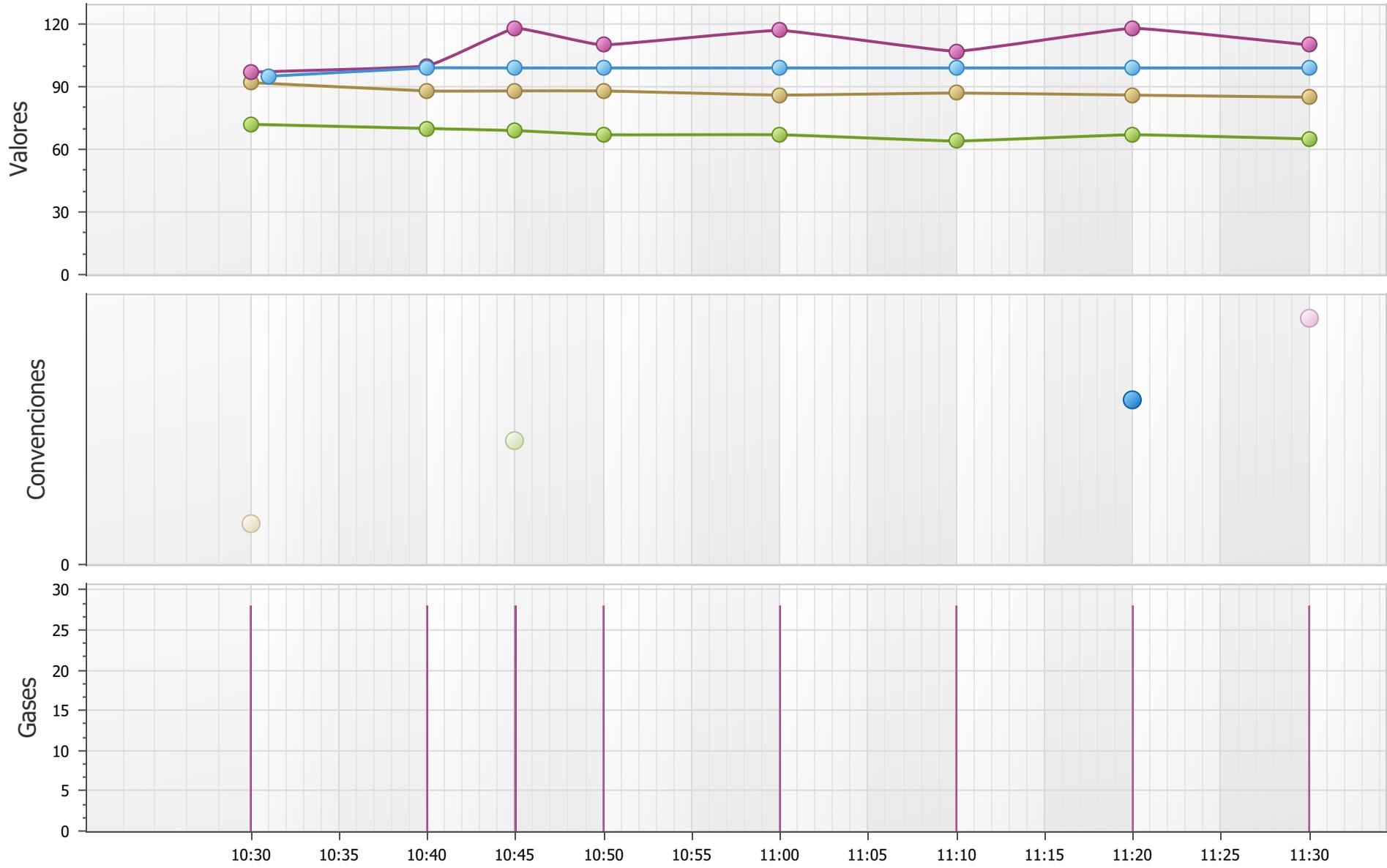
Metodo Anestésico	
Raquídea:	Si
Posición:	Supino
Bloqueo:	Bueno

OBSERVACIONES GENERALES

,

REGISTRO ANESTÉSICO

REGISTRO ANESTESICO - PACIENTE: (1036950607 AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE) FECHA: 20/01/2024



INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

Folio N°:	15	Fecha Folio:	20/01/2024 11:40
N° Ingreso:	5756086	Fecha Ingreso:	20/01/2024 0:46
Identificación:	1036950607	Tipo Documento:	Cédula_Ciudadanía
Nombre Paciente:	AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE		

CONTROL DE MONITOREO

Fecha / Hora	Clase	Tipo Monitoreo	Valor
20/01/2024 10:30	Valor	FRECUENCIA CARDIACA	92,00
20/01/2024 10:30	Valor	SISTOLE	97,00
20/01/2024 10:30	Valor	DIASTOLE	72,00
20/01/2024 10:30	Convencion	INICIO ANESTESIA	1,00
20/01/2024 10:30	Gas	O2	28,00
20/01/2024 10:31	Valor	SO2	95,00
20/01/2024 10:40	Valor	FRECUENCIA CARDIACA	88,00
20/01/2024 10:40	Valor	SISTOLE	100,00
20/01/2024 10:40	Valor	DIASTOLE	70,00
20/01/2024 10:40	Valor	SO2	99,00
20/01/2024 10:40	Gas	O2	28,00
20/01/2024 10:45	Valor	FRECUENCIA CARDIACA	88,00
20/01/2024 10:45	Valor	SISTOLE	118,00
20/01/2024 10:45	Valor	DIASTOLE	69,00
20/01/2024 10:45	Valor	SO2	99,00
20/01/2024 10:45	Convencion	INICIO CX	3,00
20/01/2024 10:45	Gas	O2	28,00
20/01/2024 10:50	Valor	FRECUENCIA CARDIACA	88,00
20/01/2024 10:50	Valor	SISTOLE	110,00
20/01/2024 10:50	Valor	DIASTOLE	67,00
20/01/2024 10:50	Valor	SO2	99,00
20/01/2024 10:50	Gas	O2	28,00
20/01/2024 11:00	Valor	FRECUENCIA CARDIACA	86,00
20/01/2024 11:00	Valor	SISTOLE	117,00
20/01/2024 11:00	Valor	DIASTOLE	67,00
20/01/2024 11:00	Valor	SO2	99,00
20/01/2024 11:00	Gas	O2	28,00
20/01/2024 11:10	Valor	FRECUENCIA CARDIACA	87,00
20/01/2024 11:10	Valor	SISTOLE	107,00
20/01/2024 11:10	Valor	DIASTOLE	64,00
20/01/2024 11:10	Valor	SO2	99,00
20/01/2024 11:10	Gas	O2	28,00
20/01/2024 11:20	Valor	FRECUENCIA CARDIACA	86,00
20/01/2024 11:20	Valor	SISTOLE	118,00
20/01/2024 11:20	Valor	DIASTOLE	67,00
20/01/2024 11:20	Valor	SO2	99,00
20/01/2024 11:20	Gas	O2	28,00
20/01/2024 11:20	Convencion	FIN CX	4,00
20/01/2024 11:30	Valor	FRECUENCIA CARDIACA	85,00
20/01/2024 11:30	Valor	SISTOLE	110,00
20/01/2024 11:30	Valor	DIASTOLE	65,00
20/01/2024 11:30	Valor	SO2	99,00

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

Folio N°:	15	Fecha Folio:	20/01/2024 11:40
N° Ingreso:	5756086	Fecha Ingreso:	20/01/2024 0:46
Identificación:	1036950607	Tipo Documento:	Cédula_Ciudadanía
Nombre Paciente:	AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE		

CONTROL DE MONITOREO

Fecha / Hora	Clase	Tipo Monitoreo	Valor
20/01/2024 11:30	Convencion	FIN ANESTESIA	6,00
20/01/2024 11:30	Gas	O2	28,00

ANTECEDENTES

Fecha	Tipo	Descripción	Resultado
11/05/2018	Médicos	NO : DM TIPO 2 HTA ALERGIA MEDICAMENTOSA	

DIAGNÓSTICOS

Código	Nombre	Principal
O009	EMBARAZO ECTOPICO NO ESPECIFICADO	X

Observaciones: ,



CC: 421 421 421 421

FLOREZ GARCIA JAIRO DE JESUS

Tarjeta Profesional: 1196

Especialidad: 021 - ANESTESIOLOGIA

LICENCIADO A: [SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.] NIT [890939936-9]

HISTORIA CLÍNICA

INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA

Nº Historia Clínica:	1036950607		
INFORMACIÓN PERSONAL PACIENTE			
Identificación:	1036950607	Tipo Documento:	Cédula_Ciudadanía
Nombre Paciente:	AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE		Sexo: Femenino
Fecha Nacimiento:	29/julio/1994	Edad Actual: 29 Años / 6 Meses / 29 Días	Edad en la Atención: 29 Años / 5 Meses / 23 Días
Estado Civil:	UnionLibre	Procedencia:	RIONEGRO
Ocupación:	INDEPENDIENTE		
Dirección:	CRA 85 A #39 C 21	Teléfono:	3116554182
Entidad:	800088702 - EPS SURA		
INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE			
Nombre:	JUAN DAVID GARCIA	Parentesco:	PAREJA
Dirección:	CRA 85 A #39 C 21	Teléfono:	3117902331
INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN			
Folio Nº:	16	Fecha Folio:	20/01/2024 15:28
Nº Ingreso:	5756086	Fecha Ingreso:	20/01/2024 0:46
Finalidad Consulta:	No_Aplica	Causa Externa:	Enfermedad_General
Especialista que realiza el procedimiento:	73581668 DAZA SANCHEZ JUVENAL JOSE		

CONTEO DE INSTRUMENTACIÓN QUIRURGICA

DISPONIBILIDAD	
Ropa:	Si
Equipos:	Si
Insumos:	Si
Suturas:	Si
Injerto:	No aplica
Material de osteosistensis:	No aplica
Observaciones	.

ESTERILIZACIÓN	
Ropa:	Si
Equipos:	Si
Insumos:	Si
Suturas:	Si
Injerto:	No aplica
Material de osteosistensis:	No aplica
Observaciones	.

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

Folio N°:	16	Fecha Folio:	20/01/2024 15:28
N° Ingreso:	5756086	Fecha Ingreso:	20/01/2024 0:46
Identificación:	1036950607	Tipo Documento:	Cédula_Ciudadanía
Nombre Paciente:	AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE		

CONTEO DE INSTRUMENTACIÓN QUIRURGICA

CONTEO

Conteo:	Uno
----------------	-----

CONTEO 1

Pinzas:	Si
Cantidad Pinzas:	30
Agujas:	Si
Cantidad Agujas:	2
Hojas de Bisturi:	Si
Cantidad Hojas de Bisturi:	1
Gasas:	No aplica
Gasas Nu Gauze:	No aplica
Compresas:	Si
Cantidad Compresas:	7
Torundas:	No aplica
Cotonos:	No aplica
Hiladillas:	No aplica
Mechas de Algodón:	No aplica

Observaciones

recuento completo
 proceso de esterilizacion correcto
 se drena 500ml de sangre
 se lava con 1000ml de solucion salina
 se cubre herida quirurgica con gasa y fixomul



LUISA FERNANDA SERNA TOBAR

Tarjeta Profesional: 1053810925

Especialidad: INSTRUMENTACION

ENFERMERIA

N° Historia Clínica: 1036950607

Datos personales del Paciente			
Paciente: Cédula_Ciudadanía 1036950607 AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE	Sexo: Femenino	F. Nacim: 29/07/1994	
Edad en la atención: 29 Años / 5 Meses / 23 Días	Estado Civil: UnionLibre	Dirección: CRA 85 A #39 C 21	
Teléfono: 3116554182	Procedencia: RIONEGRO	Ocupación: INDEPENDIENTE	
Responsable: JUAN DAVID GARCIA	Tel.responsable: 3117902331	Dir.responsable: CRA 85 A #39 C 21	Parentesco: PAREJA
Acompañante: JUAN DAVID GARCIA	Tel. Acompañante: 3117902331		
Entidad: EPS SURA			
Plan Beneficios: EPS SURA (CONTRIBUTIVO)	Rango: RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)		

FOLIO N° 17	Fecha del Folio: 20/01/2024 17:57		
N° Ingreso: 5756086	Fecha: 20/01/2024 00:46	F. Consulta: No_Aplica	C. Externa: Otra

ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

PERCEPCIÓN SENSORIAL: Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión. 4.Sin limitaciones.

Completamente limitada: Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.

Muy limitada: Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o gitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.

Ligeramente limitada: Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.

Observaciones

Sin limitaciones: Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.

EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD: Nivel de exposición de la piel a la humedad

4.Raramente húmeda.

Constantemente húmeda: La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc.Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.

A menudo húmeda: La piel está a menudo, pero no siempre,húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.

Ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.

Raramente húmeda: La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.

Observaciones

Raramente húmeda: La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.

ACTIVIDAD: Nivel de actividad física.

4.Deambula frecuentemente.

Encamado/a: Paciente constantemente encamado/a.

En silla: Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.

Deambula ocasionalmente: Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.

Deambula frecuentemente: Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.

Observaciones

Deambula frecuentemente: Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.

MOVILIDAD: Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo

4.Sin limitaciones.

Completamente inmóvil: Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.

Muy limitada: Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.

Información del folio No. 17



JUAN JOSE TEJEDA GARCIA
 AUXILIAR DE ENFERMERIA
 R.M. 1040030104

Ligeramente limitada: Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a

Sin limitaciones: Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.

Observaciones

Sin limitaciones: Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.

NUTRICIÓN: Patrón usual de ingesta de alimentos

4.Excelente.

Muy pobre: Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.

Probablemente inadecuada: Raramente come una comida completa y generalmente como solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o Recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.

Adecuada: Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.

Excelente: Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehusa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.

Observaciones

Excelente: Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehusa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos.

ROCE Y PELIGRO DE LESIONES

3.No existe problema aparente.

Problema: Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. recientemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes eposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.

Problema potencial: Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.

No existe problema aparente: Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.

Observaciones

No existe problema aparente: Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.

VALOR 23 RIESGO BAJO: puntuacion total 15-16 si menor de 75 años o de 15-18 si mayor o igual a 75 años

RIESGO BAJO:

- Cambios de posición: Cada 6 horas.
- Alimentación: Dieta según las características del paciente.
- Mantener seco: Higiene corporal o local diaria y a demanda. Cambio de sábanas cada 24 horas.
- Superficie de Apoyo: Superficies estáticas (Colchonetas-cojines estáticos de aire, colchonetas – cojines de fibra o espumas especiales).
- Medición del riesgo: Semanal, domingo.

Información del folio No. 17



JUAN JOSE TEJEDA GARCIA
AUXILIAR DE ENFERMERIA
R.M. 1040030104

ESCALA CAIDA DE MORSE.

Antecedentes de Caídas recientes o en los 3 últimos meses: **0 puntos.**

0 puntos: No.

25 puntos: Si.

Observaciones

sin antecedentes

Dignóstico Secundario: **0 puntos.**

0 puntos: No.

15 puntos: Si.

Observaciones

diagnostico anotado

Ayuda para la deambulaci3n: **0 puntos.**

0 puntos: Reposo en cama, ayuda de enfermera / Ninguno.

15 puntos: Muletas, bast3n, andador.

30 puntos: Muebles.

Observaciones

sin ayuda para deambular

Cat3teres iv/ Dispositivos / Venoclisis **20 puntos.**

0 puntos: No

20 puntos: Si

Observaciones

accesos permeables

Equilibrio/Traslado: **10 puntos.**

0 puntos: Normal, reposo en cama,inm3vil.

10 puntos: Deb3l.

20 puntos: Alterado.

Observaciones

debil

Estado Mental: **0 puntos.**

0 puntos: Orientado seg3n las posibilidades.

15 puntos: Olvida sus limitaciones o sobrestima

Observaciones

orientada

VALOR 30 RIESGO MODERADO: 25-50 Implementar plan de prevenci3n de caida est3ndar.

Informaci3n del folio No. 17



JUAN JOSE TEJEDA GARCIA
AUXILIAR DE ENFERMERIA
R.M. 1040030104

Ingreso Hospitalización

N° Historia Clínica: 1036950607

Datos personales del Paciente			
Paciente: Cédula_Ciudadanía	1036950607	AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE	Sexo: Femenino
F. Nacim:	29/07/1994	Edad en la atención: 29 Años / 5 Meses / 23 Días	Estado Civil: UnionLibre
Dirección:	CRA 85 A #39 C 21		
Teléfono: 3116554182	Procedencia: RIONEGRO	Ocupación: INDEPENDIENTE	
Responsable: JUAN DAVID GARCIA	Tel.responsable: 3117902331	Dir.responsable: CRA 85 A #39 C 21	Parentesco: PAREJA
Acompañante: JUAN DAVID GARCIA	Tel. Acompañante: 3117902331		
Entidad: EPS SURA			
Plan Beneficios: EPS SURA (CONTRIBUTIVO)	Rango: RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)		

FOLIO N° 18	Fecha del Folio: 20/01/2024 18:40
N° Ingreso: 5756086	Fecha: 20/01/2024 00:46
F. Consulta: No_Aplica	C. Externa: Enfermedad_General

Detalle del folio:

¿De dónde procede el paciente? Cirugia
¿Actualmente usted fuma? No

SIGNOS VITALES

Peso: 68	Talla: 160,00	índice de masa corporal: 26,56
Frecuencia Cardíaca: 78,00	Temperatura: 36,40	Presión Arterial: Sistólica: 106,00 Diastólica: 60,00
Frecuencia Respiratoria: 18,00	Saturación de Oxígeno: 95,00	Fracción Inspirada de Oxígeno: 21,00
Dolor: 1	Escala funcional de pacientes (NYHA): Clase I	

SUBJETIVO

Aura 29 años, Residente de Porvenir, Union libre, Trabaja como indepdeitne
Hemoclasificación O + G1

Antecedentes
Patológicos: Psoriasis
Alergicos: niega
Quirúrgicos: niega
Familiares: HTA

Subjetivo: Refiere estar bien, afebril, sin premonitorios, mejoría de dolor abdominal

OBJETIVO

Valor paciente con epp según protocolo institucional
Paciente en cama consciente, alerta, tranquila, orientada, mucosas húmedas, conjuntivas normocrómicas
Torax sin signos de dificultad respiratoria
Campos pulmonares bien ventilados sin agregados
Rs Cs Rs sin soplos
Abdomen blando, depresible, dolor a la palpación profunda de predominio en fosa iliaca izquierda, no signos de irritación peritoneal, no masas tacto vaginal.
Extremidades sin edema.
Neurológico sin déficits aparentes

Resultados de laboratorio y/o imágenes diagnósticas

ANÁLISIS

Información del folio No. 18



RODRIGUEZ LOPEZ GUILLERMO HERNANDO
MEDICINA GENERAL
R.M. 1061689519

Paciente quien hace una semana consultó por cuadro clínico de 7 días de sangrado vaginal escaso y dolor abdominal, aquí realizaron rastreo ecografico descrito como endometrio lineal de 4 mm, anexos normales y líquido libre en cavidad, realizaron control de BHCG 10/ene en 745 y el 13/ene en 485, por lo que ante disminucion fue dada de alta con diagnóstico sugestivo de aborto completo. Consulta refiriendo aumento en el dolor abdominal y en el volumen del sangrado vaginal, niega emesis, niega fiebre, niega otros sintomas. Paciente acualmente hospitalizada por ginecologia con embarazo ectopico roto, POP 20.01.2024 SALPINGECTOMIA TOTAL IZQUIERDA + DRENAJE DE HEMOPERITONEO 500 cc. Ingres a salas de hospitalizacion estable hemodinamicamente, no signos de irritacion peritoneal, no signos de bajo gasto, a la espera de evolucion y revaloracion por especialidad tratante con resultado de paraclínicos, por el momento sin cambios en terapeutica, se indica igual manejo, control de signos vitales y avisar cambios. Se solicita hemograma control para el día de mañana.

EPICRISIS

Conciliación medicamentosa

1. De donde se obtiene la información: Historia clínica
2. Se concilian medicamentos: N/A (No hay medicamentos para conciliar)

Requiere valoracion por psicologia? No

Requiere valoracion por trabajo social? No

Requiere valoracion por consejeria espiritual? No

Nutrición: Adultos

FORMATO FERGUSON

1. ¿Ha perdido peso de forma NO intencional en los últimos 6 meses? No
2. ¿Se ha alimentado deficientemente por falta de apetito en las últimas 2 semanas? No
3. ¿Paciente obeso? No

Puntuación: 0 **Riesgo:**Bajo

Plan de manejo: Escala visual de ingesta

Antecedentes

* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
11/05/2018 15:04	Médicos	<input type="checkbox"/> NO : DM TIPO 2 HTA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Diagnósticos Registrados en este folio

** (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng	DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
0009 <input type="checkbox"/>	EMBARAZO ECTOPICO NO ESPECIFICADO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Definitivo	Impresion_Diagnostica No_Corresponde	,

Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Órd. Médicas: Paciente quien hace una semana consultó por cuadro clínico de 7 días de sangrado vaginal escaso y dolor abdominal, aquí realizaron rastreo ecografico descrito como endometrio lineal de 4 mm, anexos normales y líquido libre en cavidad, realizaron control de BHCG 10/ene en 745 y el 13/ene en 485, por lo que ante disminucion fue dada de alta con diagnóstico sugestivo de aborto completo. Consulta refiriendo aumento en el dolor abdominal y en el volumen del sangrado vaginal, niega emesis, niega fiebre, niega otros sintomas. Paciente acualmente hospitalizada por ginecologia con embarazo ectopico roto, POP 20.01.2024 SALPINGECTOMIA TOTAL IZQUIERDA + DRENAJE DE HEMOPERITONEO 500 cc. Ingres a salas de hospitalizacion estable hemodinamicamente, no signos de irritacion peritoneal, no signos de bajo gasto, a la espera de evolucion y revaloracion por especialidad tratante con resultado de paraclínicos, por el momento sin cambios en terapeutica, se indica igual manejo, control de signos vitales y avisar cambios. Se solicita hemograma control para el día de mañana.

Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas

Cod **Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clinico ó ayuda Diagnóstica**

Car **Urgente/Rutinario** **Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas**

Información del folio No. 18

**RODRIGUEZ LOPEZ GUILLERMO
HERNANDO**
MEDICINA GENERAL
R.M. 1061689519

Página: 39/56

Fecha Impresión: lunes, 26 febrero 2024

Usuario Impresión: 1001748328

Información del folio No. 18



**RODRIGUEZ LOPEZ GUILLERMO
HERNANDO**

MEDICINA GENERAL

R.M. 1061689519

TROMBOEMBOLISMO

N° Historia Clínica: 1036950607

Datos personales del Paciente			
Paciente: Cédula_Ciudadanía 1036950607 AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE	Sexo: Femenino	F. Nacim.: 29/07/1994	
Edad en la atención: 29 Años / 5 Meses / 23 Días	Estado Civil: UnionLibre	Dirección: CRA 85 A #39 C 21	
Teléfono: 3116554182	Procedencia: RIONEGRO	Ocupación: INDEPENDIENTE	
Responsable: JUAN DAVID GARCIA	Tel.responsable: 3117902331	Dir.responsable: CRA 85 A #39 C 21	Parentesco: PAREJA
Acompañante: JUAN DAVID GARCIA	Tel. Acompañante: 3117902331		
Entidad: EPS SURA			
Plan Beneficios: EPS SURA (CONTRIBUTIVO)	Rango: RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)		

FOLIO N° 19	Fecha del Folio: 20/01/2024 18:41		
N° Ingreso: 5756086	Fecha: 20/01/2024 00:46	F. Consulta: No_Aplica	C. Externa: Otra

Detalle del folio:

ESCALA DE CAPRINI

1 PUNTO	2 PUNTOS	3 PUNTOS	5 PUNTOS
<input type="checkbox"/> Edad 41-60 años	<input type="checkbox"/> Edad de 61 a 74 años	<input type="checkbox"/> Edad ≥ a 75 años	<input type="checkbox"/> ACV (< 1 mes)
<input type="checkbox"/> IMC > 25g/m2	<input type="checkbox"/> Cirugía abierta > 45 mins	<input type="checkbox"/> Historia de TEV	<input type="checkbox"/> Fractura de pelvis, cadera o pierna
<input type="checkbox"/> Edema en piernas	<input checked="" type="checkbox"/> Cirugía laparoscópica > 45 mins	<input type="checkbox"/> Historia familiar de TEV	<input type="checkbox"/> Injuria aguda de la médula espinal (<1 mes)
<input type="checkbox"/> Venas varicosas	<input type="checkbox"/> Malignidad	<input type="checkbox"/> Factor V Leiden	
<input type="checkbox"/> Embarazo o postparto	<input type="checkbox"/> Reposo en cama > 72 horas	<input type="checkbox"/> Protrombina 20210A	
<input type="checkbox"/> Historia de aborto recurrente	<input type="checkbox"/> Inmovilización con yeso	<input type="checkbox"/> Anticoagulante lupico	
<input type="checkbox"/> Anticonceptivos orales o terapia de reemplazo hormonal	<input type="checkbox"/> Cateter venoso central.	<input type="checkbox"/> Anticuerpos anticardiolipinas	
<input type="checkbox"/> Sepsis < 1 mes		<input type="checkbox"/> Homocisteína elevada en suero	
<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar grave incluida neumonia < 1 mes		<input type="checkbox"/> Trombocitopenia inducida por heparinas	
<input type="checkbox"/> Función pulmonar anormal		<input type="checkbox"/> Otras trombofilias congénitas o adquiridas	
<input type="checkbox"/> IAM			
<input type="checkbox"/> ICC < 1 mes			
<input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoriaintestinal			
<input type="checkbox"/> Cirugía Menor			

Valor: 2 **Nivel de Riesgo: Bajo, Riesgo de TEV en ausencia de profilaxis: 1,50% , Otros procedimientos en esta categoría de Riesgo: Cirugía de columna para enfermedad no maligna.**

Antecedentes

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
11/05/2018 15:04	Médicos	<input type="checkbox"/> NO : DM TIPO 2 HTA ALERGIA MEDICAMENTOSA

* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).



RODRIGUEZ LOPEZ GUILLERMO HERNANDO
MEDICINA GENERAL
R.M. 1061689519

Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Órd. Médicas: Alto riesgo de sangrado en POP, se indica deambulacion temprana como tromboprofilaxis

Información del folio No. 19



**RODRIGUEZ LOPEZ GUILLERMO
HERNANDO**

MEDICINA GENERAL

R.M. 1061689519

FORMULARIO PARA LA VALORACION E IDENTIFICACION DE NECESIDADES DE CUIDADO DEL USUARIO HOSPITALIZADO

N° Historia Clínica: 1036950607

Datos personales del Paciente			
Paciente: Cédula_Ciudadanía 1036950607 AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE	Sexo: Femenino	F. Nacim: 29/07/1994	
Edad en la atención: 29 Años / 5 Meses / 23 Días	Estado Civil: UnionLibre	Dirección: CRA 85 A #39 C 21	
Teléfono: 3116554182	Procedencia: RIONEGRO	Ocupación: INDEPENDIENTE	
Responsable: JUAN DAVID GARCIA	Tel.responsable: 3117902331	Dir.responsable: CRA 85 A #39 C 21	Parentesco: PAREJA
Acompañante: JUAN DAVID GARCIA	Tel. Acompañante: 3117902331		
Entidad: EPS SURA			
Plan Beneficios: EPS SURA (CONTRIBUTIVO)	Rango: RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)		

FOLIO N° 20 Fecha del Folio: **20/01/2024 18:53**

N° Ingreso: 5756086	Fecha: 20/01/2024 00:46	F. Consulta: No_Aplica	C. Externa: Enfermedad_General
----------------------------	--------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

Datos administrativos

Comprobada manilla de identificación

Elementos personales entregados a Se realiza la identificación del paciente con nombres completos, se le da a conocer la señalización de los colores que se encuentran en su manilla, se le entregan elementos personales al paciente que se encuentra en compañía de familiar.

Ingreso actual

Motivo de consulta: Paciente acualmente hospitalizada por ginecología con embarazo ectopico roto, POP 20.01.2024 SALPINGECTOMIA TOTAL IZQUIERDA + DRENAJE DE HEMOPERITONEO 500 cc.

Diagnóstico médico: O009 EMBARAZO ECTOPICO NO ESPECIFICADO

Protesis dental: No

Antecedentes de salud

Antecedentes de Enfermedades Crónicas no trasmisibles:

Hipertensión Arterial Diabetes Mellitus Asma EPOC Insuficiencia Renal Crónica

Enfermedades previas: Psoriasis

Intervenciones quirúrgicas previas: Niega

Alegias: Niega

Caidas previas: Niega

Habitos tóxicos:

Fuma: No

Toma licor: No

Ostomias: No

Tipo: Ileostomía Colostomía Urostomía

Valoración de enfermería

Promoción de la salud

Cumplimiento del regimen terapeutico

Farmacológico Sí Ejercicio Dieta Revisiones Deficit de conocimientos F E D R

Observaciones Paciente con diagnósticos anteriormente mencionados el cual se adhiere a su tratamiento farmacológico según sus enfermedades de base. Se evidencia que tiene plena conciencia del cumplimiento del régimen terapéutico para mantener bienestar físico y mental, se acopla a sus hábitos básicos diarios para mantener el control y fomentar su autocuidado.

Respiración y circulación: Necesidad valorable

Dificultad para respirar Reposo Esfuerzos moderados Grandes esfuerzos
 Tos inefectiva/no productiva Disminuidos Sibancias Estertores Crepitantes Roncus
 Ruidos respiratorios anormales Medicación respiratoria Oxígeno Inhaladores

Información del folio No. 20

Vanessa Ramirez

- Tubos respiratorios
 Depresión de reflejos nauseas y tos

Grado de edemas

Requiere monitorización de signos vitales cada: 6 horas

Observaciones Paciente sin dificultad para respirar, en el momento no se observan edemas en extremidades superiores e inferiores.

Alimentación e hidratación: Necesidad valorable

Tiene alguna preferencia o rechazo alimentario No

Alergias alimentarias: No

Intolerancias alimentarias: No

Vómitos / Nauseas Sí

Refiere presencia de náuseas y vómito

Alimentación oral Dificultad para beber Dificultad para deglutir Dificultad para masticar

Alimentación parenteral

Alimentación enteral SNG Ostomía - Alimenta

Capacidad funcional para la alimentación: Completamente independiente

Apetito: Disminuido

Peso:

Talla: 0,0000

IMC:

Estado nutricional Bajo de peso

Observaciones Paciente con alimentación normal, el cual no requiere seguimiento y valoración por soporte nutricional. Ingesta diaria manejada por vía oral.

Eliminación: Necesidad valorable

Incontinencia urinaria

Problemas para orinar Retención de orina Poliuria Oliguria o anuria Polaquiuria Disuria
 Hematuria Piuria Nicturia Dolor Eneuresis

Habito intestinal Normal

Frecuencia Diariamente

Observaciones Paciente con eliminación espontánea, el cual no requiere uso de pañal.

Movilización: Necesidad valorable

Situación habitual Deambulante

Baño higiene Autónomo

Vestido Autónomo

Uso de WC Autónomo

Alimentación Autónoma

Movilidad / Deambulación Autónomo

Arreglarse Autónomo

Deposición Contiene

Micción Autónoma

Paresias Plejias Amputaciones

Observaciones Paciente sin limitación de la movilidad, se identifica riesgo de caída moderado según escala de morse. No se identifica riesgo de formación de úlceras por presión según escala de braden.

Dormir y descansar: Necesidad valorable

Se levanta cansado Utiliza medicación para dormir

Observaciones Paciente con patrón de sueño conservado. Se brinda educación acerca de la importancia del sueño y la cantidad de horas del mismo.

Termoregulación: Necesidad valorable

No es autónomo para regular su temperatura corporal

Requiere monitoría de temperatura corporal

Observaciones Paciente el cual durante la valoración no presenta alteración de la termoregulación; no se siente caliente a la palpación, no se observa enrojecimiento de la piel, calor, rubor y/o escalofríos.

Higiene corporal e integridad de la piel: Necesidad valorable

Recuerde valorar el riesgo de úlcera de presión si procede en el folio "ENFERM" escala de Braden

Piel alterada

Especifique tipo/grado de lesión/úlceras

Localización anatómica

Observaciones Paciente al cual se logra observar piel íntegra, no se identifica riesgo de formación de úlceras por presión según escala de braden.

Seguridad y necesidad de evitar los peligros del entorno

Tiene riesgo de caída (utilice la escala de Morse en folio "ENFERM")

Tiene riesgo de aspiración

Tiene manilla de identificación y colores según sus riesgos

Información del folio No. 20

Vanessa Ramirez

Observaciones Paciente con manilla de identificación y semaforización con los puntos de acuerdo a los riesgos que presenta, se brinda educación sobre el significado de cada uno. No se evidencia limitación de la movilidad, se identifica riesgo de caída moderado según escala de morse. No se identifica riesgo de formación de úlceras por presión según escala de braden.

Comunicarse con los demás: Necesidad valorable

- Nivel de conciencia Conciente Estuposo/a Coma
 Desorientado Tiempo Persona Lugar
 Alteración de la memoria Corto plazo Largo plazo
 Dificultad para comunicarse Afasia Disartria Traqueostomía Otro idioma

Observaciones Paciente con estado de consciencia alerta, sin alteración de la memoria de corto, mediano y largo plazo, se identifica que no tiene dificultad para comunicarse.

Actuar de acuerdo a la fe

- Tiene alguna creencia religiosa o cultura que crea le gustaria que tuvieramos encuesta durante su hospitaización

Especifique cuál Católica

Observaciones Se evidencia paciente con creencias religiosas arraigadas que sirven de apoyo espiritual durante su estancia hospitalaria.

Trabajar para sentirse realizado

- La enfermedad actual afecta económicamente su labor diaria de trabajo

Observaciones Paciente que trabaja en una hamburgueseria refiere que su proceso de enfermedad ha afectado sus actividades laborales y por ende su economía.

Participa en actividades de entrenamiento

Actividades de ocio habitual Paciente refiere que no practica ninguna actividad de ocio o ejercicio.

- Influye la enfermedad en las actividades de ocio habitual

Observaciones

Aprender

- Se informa sobre su patología actual motivo de hospitalización
 Causa Síntomas Tratamiento Cuidados

Observaciones Adicional a las necesidades identificadas durante el diligenciamiento de los anteriores ítems basados en las necesidades básicas del paciente durante su estancia hospitalaria se logran reconocer también las siguientes:

- Educación continua en su proceso de enfermedad, adherencia al plan de cuidados, signos y síntomas de alarma los cuales debe notificar inmediatamente al personal médico y de enfermería.
- Se indaga al paciente sobre la identificación de algún deseo o necesidad durante la hospitalización, el cual en el momento no manifiesta ninguna petición, se informa que en caso de identificar lo exprese ante el jefe de enfermería del servicio.
- Basado en el manual de criterios para prescripción de apoyo terapéutico se identifica necesidad de apoyo emocional, acompañamiento por psicología.

Requiere valoración psicología: Si

Observaciones: Se informa a medico hospitalario

Requiere valoración por consejería espiritual: No

Observaciones: Seguido de la anamnesis se interroga al usuario la necesidad de acompañamiento por consejero espiritual quien manifiesta que en este momento de la hospitalización no es necesario. Se le informa que puede acceder a este servicio cuando lo considere y de ser así lo exprese.

Requiere valoración por trabajo social: No

Observaciones: No se identifica en el usuario necesidad para valoración y/o acompañamiento por parte de trabajo social.

Antecedentes

* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
11/05/2018 15:04	Médicos	<input type="checkbox"/> NO : DM TIPO 2 HTA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales serán vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).

Tipo Indicación: Hospitalización

Ord. Médicas:

Información del folio No. 20

Vanessa Ramirez



Paciente:AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE
Cédula_Ciudadanía1036950607

SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.
890939936

ENFERMERIA

N° Historia Clínica: 1036950607

Datos personales del Paciente			
Paciente: Cédula_Ciudadanía 1036950607 AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE	Sexo: Femenino	F. Nacim: 29/07/1994	
Edad en la atención: 29 Años / 5 Meses / 23 Días	Estado Civil: UnionLibre	Dirección: CRA 85 A #39 C 21	
Teléfono: 3116554182	Procedencia: RIONEGRO	Ocupación: INDEPENDIENTE	
Responsable: JUAN DAVID GARCIA	Tel.responsable: 3117902331	Dir.responsable: CRA 85 A #39 C 21	Parentesco: PAREJA
Acompañante: JUAN DAVID GARCIA	Tel. Acompañante: 3117902331		
Entidad: EPS SURA			
Plan Beneficios: EPS SURA (CONTRIBUTIVO)	Rango: RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)		

FOLIO N° 21	Fecha del Folio: 20/01/2024 19:57		
N° Ingreso: 5756086	Fecha: 20/01/2024 00:46	F. Consulta: No_Aplica	C. Externa: Otra

ESCALA CAIDA DE MORSE.

Antecedentes de Caídas recientes o en los 3 últimos meses: 0 puntos.

0 puntos: No.

25 puntos: Si.

Observaciones

no relata caídas .

Dignóstico Secundario: 15 puntos.

0 puntos: No.

15 puntos: Si.

Observaciones

.

Ayuda para la deambulación: 0 puntos.

0 puntos: Reposo en cama, ayuda de enfermera / Ninguno.

15 puntos: Muletas, bastón, andador.

30 puntos: Muebles.

Observaciones

.

Catéteres iv/ Dispositivos / Venoclisis 20 puntos.

0 puntos: No

20 puntos: Si

Observaciones

.

Equilibrio/Traslado: 0 puntos.

0 puntos: Normal, reposo en cama,inmóvil.

10 puntos: Debíl.

20 puntos: Alterado.

Información del folio No. 21

Doris E. Torres

TORRES CARDONA DORIS EUGENIA
AUXILIAR DE ENFERMERIA
R.M. 76-1118-06

Observaciones

.

Estado Mental: 0 puntos.

0 puntos: Orientado según las posibilidades.

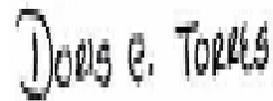
15 puntos: Olvida sus limitaciones o sobrestima

Observaciones

.

VALOR 35 RIESGO MODERADO: 25-50 Implementar plan de prevención de caída estándar.

Información del folio No. 21





Paciente:AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE
Cédula_Ciudadanía1036950607

SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.
890939936

ORDENES MEDICAS

N° Historia Clínica: 1036950607

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1036950607	AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE	Sexo: Femenino F. Nacim: 29/07/1994
Edad en la atención:	29 Años / 5 Meses / 24 Días	Estado Civil: UnionLibre	Dirección: CRA 85 A #39 C 21
Teléfono:	3116554182	Procedencia: RIONEGRO	Ocupación: INDEPENDIENTE
Responsable:	JUAN DAVID GARCIA	Tel.responsable: 3117902331	Dir.responsable: CRA 85 A #39 C 21 Parentesco: PAREJA
Acompañante:	JUAN DAVID GARCIA	Tel. Acompañante:	3117902331
Entidad:	EPS SURA		
Plan Beneficios:	EPS SURA (CONTRIBUTIVO)		Rango: RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

FOLIO N° 22	Fecha del Folio: 21/01/2024 06:10		
N° Ingreso: 5756086	Fecha: 20/01/2024 00:46	F. Consulta: No_Aplica	C. Externa: Enfermedad_General

Justificación de la prescripción
Abro folio para generar interconsulta por Psicología

Antecedentes			* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).
Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle	
11/05/2018 15:04	Médicos	<input type="checkbox"/> NO : DM TIPO 2 HTA ALERGIA MEDICAMENTOSA	

Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Órd. Médicas:

Solicitud de Interconsulta

Consec, Especialidad	Dx	Motivo	Observaciones
348291		Abro folio para generar interconsulta por Psicología	



SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.
890939936

ENFERMERIA

N° Historia Clínica: 1036950607

Datos personales del Paciente							
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1036950607	AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE	Sexo:	Femenino	F. Nacim:	29/07/1994
Edad en la atención:	29 Años / 5 Meses / 24 Días	Estado Civil:	UnionLibre	Dirección:	CRA 85 A #39 C 21		
Teléfono:	3116554182	Procedencia:	RIONEGRO	Ocupación:	INDEPENDIENTE		
Responsable:	JUAN DAVID GARCIA	Tel.responsable:	3117902331	Dir.responsable:	CRA 85 A #39 C 21	Parentesco:	PAREJA
Acompañante:	JUAN DAVID GARCIA			Tel. Acompañante:	3117902331		
Entidad:	EPS SURA						
Plan Beneficios:	EPS SURA (CONTRIBUTIVO)				Rango:	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)	
FOLIO N° 23			Fecha del Folio: 21/01/2024 07:07				
N° Ingreso:	5756086	Fecha:	20/01/2024 00:46	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Otra

ESCALA CAIDA DE MORSE.

Antecedentes de Caídas recientes o en los 3 últimos meses:

0 puntos.

0 puntos: No.

25 puntos: Si.

Observaciones

niega

Dignóstico Secundario:

0 puntos.

0 puntos: No.

15 puntos: Si.

Observaciones

niega

Ayuda para la deambulaci3n:

15 puntos.

0 puntos: Reposo en cama, ayuda de enfermera / Ninguno.

15 puntos: Muletas, bast3n, andador.

30 puntos: Muebles.

Observaciones

paciente que se movilizaba con ayuda de familiar

Cat3teres iv/ Dispositivos / Venoclisis

20 puntos.

0 puntos: No

20 puntos: Si

Observaciones

periferico permable para tratamiento

Equilibrio/Traslado:

10 puntos.

0 puntos: Normal, reposo en cama, inm3vil.

10 puntos: Deb3l.

20 puntos: Alterado.

Informaci3n del folio No. 23

Valentina Lopez C.

Observaciones

pacinete oc disminucion de la fuerza muscular en extremidades inferiores

Estado Mental: **0 puntos.**

0 puntos: Orientado según las posibilidades.

15 puntos: Olvida sus limitaciones o sobrestima

Observaciones

orientado

VALOR 45 RIESGO MODERADO: 25-50 Implementar plan de prevención de caída estándar.

Información del folio No. 23

Valentina Lopez C.

EGRESO HOSPITALARIO

N° Historia Clínica: 1036950607

Datos personales del Paciente									
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1036950607	AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE			Sexo:	Femenino	F. Nacim:	29/07/1994
Edad en la atención:	29 Años / 5 Meses / 24 Días		Estado Civil:	UnionLibre		Dirección:	CRA 85 A #39 C 21		
Teléfono:	3116554182		Procedencia:	RIONEGRO		Ocupación:	INDEPENDIENTE		
Responsable:	JUAN DAVID GARCIA		Tel.responsable:	3117902331		Dir.responsable:	CRA 85 A #39 C 21	Parentesco:	PAREJA
Acompañante:	JUAN DAVID GARCIA				Tel. Acompañante:	3117902331			
Entidad:	EPS SURA								
Plan Beneficios:	EPS SURA (CONTRIBUTIVO)					Rango:	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)		
FOLIO N° 24			Fecha del Folio: 21/01/2024 10:18						
N° Ingreso:	5756086	Fecha:	20/01/2024 00:46		F. Consulta:	No_Aplica		C. Externa:	Enfermedad_General

Detalle del folio:

TIPO EGRESO: MEDICO

Estado del paciente a la salida: MEJOR

EVOLUCION

Subjetivo

PACIENTE POP DE LAPAROTOMIA PO R ECTOPICO ROTO
PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION
REFIERE SENTIRSE BIEN
DOLOR CONTROLADO
NO SIGNOS DE DÍCULTAD RESPIRATORIA.

Signos vitales

Presión arterial sistólica: 120 Presión arterial diastólica: 80 Frecuencia cardiaca: 72 Frecuencia respiratoria: 16
Temperatura: 37 Presión arterial media: 66,67

Objetivo

CAEBZA Y CUELLO : MUCOSA ORAL
CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS
ABDOMEN: BLANDO DERESIBLE SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES: EUTROFICAS
NEUROLOGICO: SIN DEFICIT.

Análisis

PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION
POSTOPERATORIO DENTRO DE LIMITES NROMALES
SE DECIDE DAR DE ALTA

Plan

PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION
POSTOPERATORIO DENTRO DE LIMITES NROMALES
SE DECIDE DAR DE ALTA

Conciliación medicamentosa:

1. De donde se obtiene la información: Historia clinica
2. Se concilian medicamentos: N/A (No hay medicamentos para conciliar)

Información del folio No. 24

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Adultez

Observaciones:

PRÓXIMA REVISIÓN DEL PACIENTE

Revisión en: 8DIAS Con CLINICA SOMER

RECOMENDACIONES AL ALTA

Recomendaciones

EN CASO DE FEBRE DOLOR O ARDOR PARA ORINAR SANGADO , SALIDA DE P LIQUIDO O FLUJO FETIDO POR VAGINA CONSULTAR POR URGENCAIS.

¿El paciente requiere reposo? No

Antecedentes

*(El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
11/05/2018 15:04	Médicos	<input type="checkbox"/> NO : DM TIPO 2 HTA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Diagnósticos Registrados en este folio

** (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
Z540 <input type="checkbox"/>	CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	

Plan de manejo - Medicamentos

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Días	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
			Ninguno	1 <input type="checkbox"/> 0		1.ACETAMINOFE TAB X 500#422 TAB CADA 8 HORAS2. NAPROXENOX 250#20 TOAMAR UNA CADA 12 HORAS3. ENOXAPRINA X 40MG.....#7 APLICAR UNA AMPOLLA CADA 24 HORAS SUBCUTANEA
			Ninguno	1 <input type="checkbox"/> 0		1. CITA CON EL DOCTOR FRNAK OSPINA CONSULTROIO 321. EN 12 DIAS

Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).

Tipo Indicación: Salida

Órd. Médicas: ALTA

Incapacidad

Consecutivo No. ***

362211

Información del folio No. 24

*** (Debido al alto volumen de información, es necesario remitirse al informe de Incapacidad médica desde la opción Informes/Impresión de solicitudes, item Incapacidad)



Edwin A. Gomez Ibarra
Ginecóloga CES
C.C. 13.870.715
R.M. 2144-06

GOMEZ IBARRA EDWIN ALCIDES
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
R.M. 2144-06

PROMOCION Y PREVENCION HOSPITALIZACION

N° Historia Clínica: 1036950607

Datos personales del Paciente			
Paciente: Cédula_Ciudadanía	1036950607	AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE	Sexo: Femenino F. Nacim: 29/07/1994
Edad en la atención: 29 Años / 5 Meses / 25 Días	Estado Civil: UnionLibre	Dirección: CRA 85 A #39 C 21	
Teléfono: 3116554182	Procedencia: RIONEGRO	Ocupación: INDEPENDIENTE	
Responsable: JUAN DAVID GARCIA	Tel.responsable: 3117902331	Dir.responsable: CRA 85 A #39 C 21	Parentesco: PAREJA
Acompañante: JUAN DAVID GARCIA	Tel. Acompañante: 3117902331		
Entidad: EPS SURA			
Plan Beneficios: EPS SURA (CONTRIBUTIVO)		Rango: RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)	

FOLIO N° 25	Fecha del Folio: 22/01/2024 08:21		
N° Ingreso: 5756086	Fecha: 20/01/2024 00:46	F. Consulta: No_Aplica	C. Externa: Enfermedad_General

Paciente acepta la educación: Sí

Empalme: No aplica

Observaciones:

Nombre de EPS / DLS:

Funcionaria:

Respuesta:

Se brindó información en

- Adulterez
- Asma
- Cáncer de colon
- Cáncer de cuello uterino
- Cáncer de mama/cérvix
- Cáncer gástrico
- Irag
- Neumonía
- Virus de inmunodeficiencia adquirida VIH

Signos de alarma para acudir al médico

- Dolor de cabeza intenso
- Visión borrosa
- Pitos en los oídos
- Si se le entume o paraliza un lado de la cara o del cuerpo
- Se le desvía la boca hacia un lado
- Salida de sangre por la nariz en repetidas ocasiones en un mismo día
- Si todo lo que come lo vomita o le cae pesado
- Se le hincha el abdomen y le duele
- Si tiene dificultad para respirar u opresión en el pecho
- Si orina o hace deposición con sangre
- Si se le hinchan los pies, las manos o la cara
- Herida quirúrgica roja y/o con salida de pus
- Si cuando respira le pita el pecho o se le hunden las costillas
- Respira muy rápido
- Presenta fiebre superior a 38 grados centígrados
- Labios morados o cianosis
- Movimientos involuntarios

Entendimiento de la información: Sí

Observaciones: SE BRINDA INFORMACION TELEFONICA DEBIDO A QUE LA PACIENTE YA FUE DADA DE ALTA. ME COMUNIQUÉ CON: JUAN DAVID GARCIA MORALES-ESPOSO.

Información del folio No. 25

Gisela Villa

VILLA ARROYAVE GUISELA

ENFERMERO JEFE

R.M. 5-6707-11

Plan canguro: No

Esquema de vacunación completo para la edad: No

Se brinda información sobre la importancia de completar su esquema de vacunación
Se brinda información para dirigirse a su IPS y completar esquema de vacunación

Cita de revisión poscesárea No

Kardex de manejo en Casa: No Observaciones: PACIENTE EGRESÓ

Acompañante: No

Se remite a programa Si

Detección de alteraciones en la adultez

Esta en el programa de promoción y prevención: No

Observaciones generales:

Se brinda información sobre autocuidado y signos de alarma por los cuales consultar.
Se dan instrucciones acerca de la importancia de ingresar a los programas de promoción y prevención que cada EAPB tiene.

Se realiza demanda inducida de la Rutas de atención integral en salud, para dar continuidad en su EPS SURA.

Se envía información a la EAPB correspondiente (SURA), para captación de paciente, el cual se identificó que requiere ingreso a programas de promoción y prevención, para asignación de cita e ingreso al programa.

PACIENTE YA VACUNADA CONTRA COVID-19

SE BRINDA INFORMACION TELEFONICA DEBIDO A QUE LA PACIENTE YA FUE DADA DE ALTA. ME COMUNIQUÉ CON: JUAN DAVID GARCIA MORALES-ESPOSO.

REALIZADO POR: LUZ ADRIANA MÁRQUEZ OSORIO-ESTUDIANTE

Antecedentes

* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
11/05/2018 15:04	Médicos	<input type="checkbox"/> NO : DM TIPO 2 HTA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).

Tipo Indicación: Salida

Órd. Médicas:

Información del folio No. 25

Gisela Villa

VILLA ARROYAVE GUISELA

ENFERMERO JEFE

R.M. 5-6707-11



SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.
890939936

EVOLUCION CONSULTA EXTERNA

N° Historia Clínica: 1036950607

Datos personales del Paciente							
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1036950607	AURA CRISTINA MONTOYA ALZATE	Sexo:	Femenino	F. Nacim:	29/07/1994
Edad en la atención:	29 Años / 6 Meses / 4 Días	Estado Civil:	UnionLibre	Dirección:	CRA 85 A #39 C 21		
Teléfono:	3116554182	Procedencia:	RIONEGRO	Ocupación:	INDEPENDIENTE		
Responsable:	JUAN DAVID GARCIA	Tel.responsable:	3117902331	Dir.responsable:	CRA 85 A #39 C 21	Parentesco:	PAREJA
Acompañante:				Tel. Acompañante:			
Entidad:	EPS SURA						
Plan Beneficios:	EPS SURA - (CONSULTA MEDICA)				Rango:	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)	

FOLIO N°27	Fecha del Folio:	01/02/2024 14:22					
N° Ingreso:	5784772	Fecha:	01/02/2024 14:05	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General

Detalle del folio:

Peso: Talla: ,00
IMC: ,00 **Presión Arterial: Sistólica:** **Diastólica:**
Temperatura: **Frecuencia Cardíaca:**
Frecuencia Respiratoria: **Saturación de Oxígeno:**
Dolor:
Escala Funcional de Pacientes (NYHA):

SUBJETIVO

29 AÑOS
 SALPINGECTOMIA TOTAL IZQUIERDA + DRENAJE DE HEMOPERITONEO POR EMBARAZO ECTOPICO ROTO EL DIA 20/01/2024

SUBJETIVO:
 REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA FIEBRE
 NIEGA SECRECION POR LA CICATRIZ, NIEGA DOLOR ABDOMINAL,
 ACUDE CON REPORTE DE PATOLOGIA: SALPINGECTOMÍA IZQUIERDA: HALLAZGOS HISTOLÓGICOS COMPATIBLES CON EMBARAZO ECTÓPICO.

OBJETIVO

FC: 82 LPM, TA:110/70 T:AFEBRIL,
 ALERTA, ACEPTABLE ESTADO GENERAL
 C/P NORMAL
 ABDOMEN CON CICATRIZ CONSOLIDADA, SIN SIGNOS INFLAMATORIOS LOCALES, BLANDO NO DOLOROSO, NO PALPO MASAS NI MEGALIAS.
 GENITALES NO EXPLORADOS
 EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN EDEMAS
 SNC SIN DEFICIT, ROT ++/++++

ANALISIS

EVOLUCION FAVORABLE
 EXPLICO HALLAZGOS.

PLAN

ALTA POR GINECOLOGIA
 INGRESAR AL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN SU EPS
 RECOMENDACIONES

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Programa de promocion y prevencion al que se remite: Adultez

¿PACIENTE REQUIERE DIAS DE REPOSO? No

Información del folio No. 27

DAZA SANCHEZ JUVENAL JOSE
 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 R.M. 20-0766-02

Antecedentes * (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
11/05/2018	Médicos	<input type="checkbox"/> NO : DM TIPO 2 HTA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Diagnósticos Registrados en este folio ** (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng	DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
Z489	<input type="checkbox"/> CUIDADO POSTERIOR A LA CIRUGIA NO ESPECIFICADO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Definitivo	Confirmado_Nuevo	No_Corresponde	

Plan de manejo - Medicamentos

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Dias	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
-------------	--------------------------------------	-----	----------------	------	--------------------------	--

Plan de manejo Intrahospitalario

INDICACION MEDICA	<input type="checkbox"/> Ninguno	1	<input type="checkbox"/> 0	INGRESAR AL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN SU EPS
-------------------	----------------------------------	---	----------------------------	--

Servicios Ambulatorios

Servicio y/o procedimiento	Cantidad
----------------------------	----------

Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).

Tipo Indicación: Salida_Consulta_Externa

Órd. Médicas:

Información del folio No. 27



DAZA SANCHEZ JUVENAL JOSE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
R.M. 20-0766-02



**CONSENTIMIENTO
INFORMADO GENERAL
PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA**

CÓDIGO	GENF.FORM.8
VERSIÓN	05
Fecha de elaboración y/o actualización: 23-03-2023	

Fecha:	20.01.2024	Servicio:	Urgencias
Nombres:	Aura Cristina	Apellidos:	Montoya Olzate
Identificación:	1036930609	Edad:	29 años

Todo paciente tiene derecho a ser informado de la naturaleza y riesgos de su enfermedad y tratamiento, el personal asistencial pedirá su consentimiento para realizar los tratamientos médicos, quirúrgicos y de apoyo diagnóstico que considere indispensables y que puedan afectarlo física o psíquicamente, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente (Art. 15 código de Ética Médica).

1. ¿Cuál es el procedimiento a realizar?

El personal de enfermería me ha explicado que puedo ser sometido a una serie de procedimientos de enfermería que buscan la recuperación de mi estado óptimo de salud, pero que, en ningún caso, se puede garantizar que el resultado final será la curación total de mi enfermedad, debido a que podrían confluir situaciones imprevistas o riesgos inherentes a cada actividad.

Estoy consciente que hay una serie de actividades involucradas en mi atención, que son parte del diario vivir de una institución prestadora de servicios de salud, las cuales integran mi tratamiento y que podrían ser necesarias en cualquier momento de mi estancia hospitalaria y/o ambulatoria sobre las cuales estoy otorgando autorización a que se realicen.

Los procedimientos que eventualmente se pueden realizar son:

1. Punciones: intradérmica, intramuscular, endovenosa, subcutánea, arterial.
2. Inserción, manejo y retiro de sondas, dren y catéteres.
3. Administración de medicamentos.
4. Curaciones.
5. Aspiración de secreciones traqueales.
6. Retiro de puntos.
7. Flebotomía.
8. Enemas rectales.
9. Limpieza de la piel.
10. Traslados intrainstitucional e interinstitucional
11. Sujeción mecánica.
12. Baño asistido.

2. ¿Cuál es la finalidad del procedimiento? (posibles beneficios de realizar el procedimiento, sin que esto garantice un resultado determinado)

Se me ha informado, que los beneficios de realizarme el procedimiento son para facilitar el diagnóstico y tratamiento médico ordenado, encaminado a la conservación, restablecimiento y atención en salud por parte del personal de enfermería.

3. ¿Hay otras alternativas para los procedimientos de enfermería disponibles?

No se cuenta con otras alternativas.

4. ¿Quién va a realizar el procedimiento?

El procedimiento va a ser realizado por personal de enfermería.

5. ¿Cómo se va a realizar el procedimiento?

Antes de realizar cualquier procedimiento el personal de enfermería tendrá que:

- Verificar tipo de procedimiento.
- Organizar el material necesario según el tipo de actividad.

- Realizar lavado de manos según protocolo institucional.
- Explicar el procedimiento en forma clara al usuario y/o acompañante
- Realizar verificación de los correctos para la aplicación segura de medicamentos los cuales son: paciente, medicamento, dosis, vía, hora.
- Proceder a realizar el procedimiento.

1. Punciones: intradérmica, intramuscular, endovenosa, subcutánea, arterial:

Procedimiento a través del cual con toda la técnica aséptica se punciona una zona anatómica del cuerpo (intradérmica, intramuscular, vena, arteria) con un catéter especial o una aguja ya sea para tomar una muestra de sangre, administración de medicamentos o para dejar instalado un catéter temporalmente.

- 2. Inserción, manejo y retiro de sondas, dren y catéteres:** Procedimiento mediante el cual se instala un dispositivo médico en determinada zona anatómica del cuerpo con diferentes fines: suministrar medicamentos o alimentación, diagnóstico, toma de muestras, descompresión, drenaje de líquidos u orina.
- 3. Administración de medicamentos:** procedimiento mediante el cual se introducen al organismo del paciente tratamiento farmacológico ordenado por su médico tratante con fines terapéuticos a través de diferentes vías: venosa, subcutánea, intramuscular, intraósea, intratecal, oral, tópica, inhalada, rectal, vaginal, ótica, ocular).
- 5. Curaciones:** Procedimiento realizado sobre una herida, destinado a prevenir y controlar las infecciones y promover la cicatrización.
- 6. Aspiración de secreciones traqueales:** Es la extracción de secreciones a través de nariz, boca o de una vía aérea artificial usando técnica aséptica.
- 7. Retiro de puntos:** Consiste en retirar los hilos o las grapas de las heridas, luego que haya transcurrido el tiempo indicado para hacerlo.
- 8. Flebotomía:** Sacar sangre para disminuir cantidad de glóbulos rojos circulantes.
- 9. Enemas rectales:** Colocación de un catéter con líquido por el ano para facilitar la deposición.
- 10. Limpieza de la piel:** Se realiza asepsia utilizando diferentes productos químicos dependiendo del tipo de procedimiento.
- 11. Traslado:** En silla de ruedas o camillas rodantes, se traslada al paciente desde o hacia un servicio de la Clínica.
- 12. Sujeción mecánica:** Inmovilización parcial o total del paciente, para su propia seguridad y/o de los demás.
- 13. Baño asistido:** Cuidado a cargo del personal de enfermería, dirigido a mantener limpia la piel, el cabello, los dientes, las uñas y las mucosas del paciente que se encuentra en cama o que requiere asistencia para realizar estas actividades, garantizando así su seguridad.

6. ¿Cuáles son los riesgos que se pueden presentar?

Se me ha informado los riesgos a los cuales me puedo ver sometido, al momento de realizarme el procedimiento y conozco que SOMER S.A. realiza todos los esfuerzos por controlarlos, como es el caso de las infecciones adquiridas dentro de la Clínica (Nosocomiales), reacciones alérgicas imprevistas, hematomas, hemorragias, caídas, lesiones, entre otras.

Comprendo que hay riesgos no previsibles que son aquellos que, aunque están descritos en la literatura médica son de muy rara ocurrencia.

De igual forma, los riesgos para mi salud y mi vida de no realizarme el procedimiento son: Empeoramiento de la condición de salud con posible agravamiento y persistencia de síntomas, pérdida de funcionalidad, daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente sin una resolución adecuada que se hubieran podido evitar con los procedimientos necesarios para el manejo de mi salud.

7. ¿Qué riesgos específicos pueden presentarse fuera de los ya descritos? (Propios por especialidad y por paciente, recordar siempre riesgos en paciente anticoagulado).

Por mis antecedentes personales, el personal de enfermería me ha explicado (nos ha explicado); que presento los siguientes riesgos adicionales:

Consentimiento

Con lo anterior manifiesto que la información que he (hemos) recibido por parte del personal de enfermería, ha sido amplia y suficiente; también se me ha (se nos ha) dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción, manifiesto (manifestamos) que comprendo (comprendemos) y acepto (aceptamos) el alcance y los riesgos justificados de posible previsión y los no previsibles que conlleva la realización de los procedimientos de enfermería, adicionalmente se me ha (se nos ha) explicado que si necesito (necesitamos) más información o ampliación de esta puedo dirigirme (dirigirnos) al profesional _____
lefe de enfermería
QUIA CRISTINA MONTAÑA para la aclaración de éstas dudas, por lo tanto yo (nosotros) _____ en nombre propio y/o representante de _____ declaro (declaramos) que acepto (aceptamos) la realización del procedimiento descrito.

QUIA CRISTINA MONTAÑA ALZATE
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

Firma Cristina Montaña

Número de identificación 1036750607

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma _____ Parentesco _____

Número de identificación _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma _____ Parentesco _____

Número de identificación _____

Valeria Lopez Gomez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

Firma Valeria Lopez G Número de identificación 1035328032

Disentimiento

Nosotros (yo) _____ identificado(s) _____ representante de _____ habiendo sido informado (informados) de todos los riesgos y beneficios de la realización del procedimiento declaro (declaramos) que de forma voluntaria y con pleno conocimiento de los riesgos que conlleva al no realizarlo, asumo (asumimos) la decisión de no aceptar el procedimiento.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

Firma _____ Número de identificación _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma _____ Parentesco _____

Número de identificación _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma _____ Parentesco _____

Número de identificación _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

Firma _____ Número de identificación _____

Revocatoria

Nosotros (yo) _____ identificado(os) _____ en representación de _____, aun conociendo las posibles implicaciones para mi estado de salud y/o para la evolución de mi enfermedad o el de mi representado y después de haber ampliado la información y aclarado las dudas, he (hemos) decidido NO realizar el procedimiento que había sido autorizado previamente: por tanto, REVOCO (cambiar de opinión) aun conociendo las posibles implicaciones para el estado de salud y/o para la evolución de la enfermedad.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

Firma _____ Número de identificación _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma _____ Parentesco _____

Número de identificación _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma _____ Parentesco _____

Número de identificación _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

Firma _____ Número de identificación _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

CÓDIGO	CIR.FORM.15
VERSIÓN	05
Fecha de elaboración y/o actualización: 24-03-2023	

Fecha: 20/01/2024

Servicio: Urgencias

Nombres: Aura Cristina

Apellidos: Montoya Abarte

Identificación: 1036950607

Edad: 29 años

Yo, _____, identificado(a) con documento tipo _____, de número _____, reconozco que en cada uno de los procedimientos que van a realizar, tendré la información necesaria, oportuna y clara para tomar una decisión libre sobre la aceptación de permitir o no su realización y en todo momento y bajo ninguna presión, se respetará mi derecho a disentir, objetar, rechazar, o renovar cualquiera de las propuestas de tratamiento ofrecidas.

Por otro lado, al ingresar voluntariamente para un tratamiento médico a SOMER S.A, acepto que he sido admitido para buscar de manera conjunta entre el personal de salud de la clínica y con la participación activa de mi parte y de mis familiares, la solución a mis quebrantos de salud.

1. ¿Cuál es el procedimiento o intervención quirúrgica a realizar?

Laparotomía

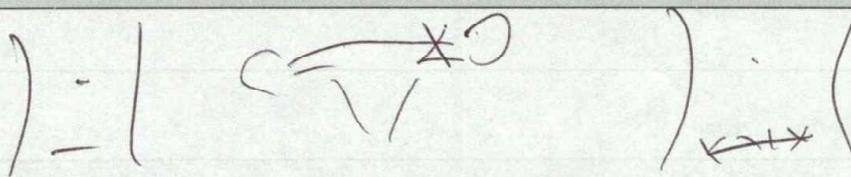
2. ¿Para qué se va a realizar el procedimiento y/o Intervención Quirúrgica? (beneficios)

Resección ectópico roto.

3. ¿Quién va a realizar el procedimiento y/o Intervención Quirúrgica? (especialidad).

Ginecología

4. ¿Cómo se va a realizar? (realice un esquema y descripción que pueda entender el paciente).



5. ¿Cuáles son los riesgos y/o efectos adversos que se pueden presentar?

Se me ha explicado (nos han explicado), claramente, que si acepto la recomendación del médico, sabiendo que en toda intervención quirúrgica, y por causas independientes del actuar del médico, se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamiento complementario, tanto médico como quirúrgico, siendo las complicaciones más frecuentes: náuseas, vómito, dolor, hinchazón, moretones, seromas (acumulación de líquido en la cicatriz), granulomas (reacción a cuerpos extraños o suturas), queloide (crecimiento excesivo de la cicatriz), quemaduras, hematomas (acumulación de sangre) internos o externos, apraxias (cambios en la sensibilidad de la piel).

- **Infecciones:** existen de distintas clases, localizadas en una o varias partes del cuerpo o generalizadas, provenientes de múltiples agentes, que pueden estar en mi cuerpo o en el ambiente, incluyendo las intrahospitalarias, las cuales,

para cualquier centro asistencial, son imposibles de evitar en un ciento por ciento, así se manejen, como en este caso con los estándares exigidos de bioseguridad (medidas para evitar infecciones y contaminaciones).

- **Alergias o reacciones (especiales y propias de mi organismo)**, a los medicamentos, productos y materiales que sean empleados (suturas, esparadrapo o medicamentos preparados), problemas digestivos, alteraciones en la piel y en la sangre, y/o condiciones psicológicas o neurológicas de cada paciente.
- **Daños en órganos de mi cuerpo** como en el corazón, riñones, pulmones, cerebro, aparato digestivo, circulatorio, respiratorio y en general, además pueden existir posibilidades de que se presenten accidentes con el instrumental o material utilizado.

Lo cual me puede generar **diversas clases de daños según las circunstancias propias del lugar y forma de la atención** que se me brinde, algunos de los más conocidos son:

- **Si se trata de cirugías o algunos procedimientos abdominales**, perforaciones en los intestinos y órganos como hígado, vaso, vejiga, útero, recto, eventración (hernias en la cicatriz),
- **Si se trata de cirugías o algunos procedimientos en el tórax**, ruptura de pulmones y grandes vasos, sangrado o hemorragias (ejemplo: arterias) con la posible necesidad de poner sangre (durante o luego de la cirugía).
- **En cirugías de extremidades** (varicectomía u ortopédicas), daños en nervios que dan sensibilidad o movimiento, rigidez articular y/o limitación de movilidad, alteraciones distróficas que alteran la función, lesión vasculo nerviosa por uso de torniquete para evitar sangrado, recidiva, reaparición de síntomas con el tiempo, dolor crónico, atrofia muscular, coágulos en las piernas que producen dolor o hinchazón que al desprenderse podrían llegar a los pulmones siendo fatal, lesión de un tronco nervioso con trastorno sensitivo o motor del área, aflojamiento o rechazo del material implantado.
- **Si se trata de una cirugía por endoscopia**, rupturas de uréteres, uretra, vejiga y estructuras cercanas (ejemplo: intestinos).
- **Con ocasión de la anestesia** pueden existir daños oculares (córnea), lesiones o trastornos de la voz o auditivos, en arterias o en venas, neurológicas, de los pulmones, del hígado, de los riñones, retención urinaria, de la función cardiovascular, definitivos o temporales, aumento descontrolado de la temperatura corporal, broncoaspiración, dolor de cabeza, espalda, músculos infecciones.

También se me informó (nos informaron) sobre la posibilidad de complicaciones severas como paro cardíaco o derrame cerebral, descompensación de enfermedades previas como presión alta, azúcar en la sangre, asfixia, enfermedades del corazón de la tiroides que, aunque son poco frecuentes, representan como en toda intervención quirúrgica un riesgo excepcional de perder la vida, como consecuencia del acto quirúrgico o de la situación de cada paciente.

Entiendo que para esta cirugía se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el especialista en anestesiología.

6. ¿Qué riesgos específicos pueden presentarse fuera de los ya descritos? (propios por especialidad y por paciente, recordar siempre riesgos en paciente anticoagulado).

Por mis antecedentes personales, el (la) médico (a) me ha explicado (nos ha explicado); que presento los siguientes riesgos adicionales:

1. infertilidad, adherencias, dolor crónico, muerte.

2. _____

7. ¿Hay otras alternativas de tratamiento y están disponibles?

SI NO ¿Cuáles? _____

CONSENTIMIENTO

Me explicaron de manera clara y comprensible por medio de palabras simples, dibujos, imágenes o esquemas, cuál es el mejor beneficio, cuáles son los riesgos que se corren, las incomodidades que se pueden producir, la técnica a emplear y las alternativas. He entendido (entendimos) las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después de ella, estoy satisfecho con la información recibida del médico tratante, se me ha dado la

oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva el procedimiento quirúrgico que aquí autorizo.

Conocemos claramente que cualquier complicación, prevista o no, altera el tiempo de recuperación normal, crea incomodidades personales y familiares, aumenta los costos relacionados con los exámenes, y con los distintos tratamientos necesarios, adicionalmente se me ha (se nos ha) explicado que si necesito (necesitamos) más información o ampliación de ésta puedo dirigirme (dirigirnos) al profesional _____

_____ para la aclaración de éstas dudas, por lo tanto yo (nosotros) _____ en nombre propio y/o representante de _____ declaro (declaramos) que acepto (aceptamos) la realización del procedimiento descrito.

Ara Cristina Montoya Alzate
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

Firma Cristina Montoya A Número de identificación 1036950667

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma _____ Parentesco _____ Número de identificación _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma _____ Parentesco _____ Número de identificación _____

Dr. DRA
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

Firma [Firma] Número de identificación _____

DISENTIMIENTO

Nosotros (yo) _____ identificado(s) _____ representante de _____ habiendo sido informado (informados) de todos los riesgos y beneficios de la realización del procedimiento declaro (declaramos) que de forma voluntaria y con pleno conocimiento de los riesgos que conlleva al no realizarlo, asumo (asumimos) la decisión de no aceptar el procedimiento.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

Firma _____ Número de identificación _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma _____ Parentesco _____ Número de identificación _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma _____ Parentesco _____ Número de identificación _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

Firma _____ Número de identificación _____

REVOCATORIA

Nosotros (yo) _____ identificado(os) _____ en representación de _____, aun conociendo las posibles implicaciones para mi estado de salud y/o para la evolución de mi enfermedad o el de mi representado y después de haber ampliado la información y aclarado las dudas, he (hemos) decidido **no** realizar el procedimiento que había sido autorizado previamente: por tanto, **revoco** (cambiar de opinión) aun conociendo las posibles implicaciones para el estado de salud y/o para la evolución de la enfermedad.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

Firma _____ Número de identificación _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma _____ Parentesco _____ Número de identificación _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma _____ Parentesco _____ Número de identificación _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

Firma _____ Número de identificación _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA

Código CIR.FORM.14

Versión 05

Fecha de elaboración
y/o actualización:
31-10-2023

Fecha: 20-01-24	Servicio: Umi
Nombres: Aura Cristina	Apellidos: Montoya Alzate
Identificación: 1036950607	Edad: 29
Tipo procedimiento:	
Tipo de anestesia sugerida:	
<i>Si la anestesia sugerida es local o regional y las condiciones clínicas del paciente y/o las necesidades de la intervención quirúrgica lo ameritan, se podrá administrar anestesia general.</i>	

Los pacientes tienen derecho a ser informados de la naturaleza y riesgos de su enfermedad y tratamiento, el personal asistencial pedirá su consentimiento para realizar los tratamientos médicos, quirúrgicos y de apoyo diagnóstico que considere indispensable y que pueda afectar física o psíquicamente, y le explicará al paciente y/o responsables de tales consecuencias anticipadamente (artículo 15 Código de Ética Médica).

Todo procedimiento anestésico implica riesgos previstos e imprevistos como cualquier otra actividad en salud, estos riesgos tienen la probabilidad de ocurrir en relación directa con la condición médica antes de la cirugía, el tipo de procedimiento a realizar y el tipo de anestesia a utilizar: local, regional (bloqueo, raquídea o epidural) o general, los cuales se pueden presentar en el área de preparación quirúrgica, en el quirófano, en el área de cuidado postanestésico, en hospitalización y/o en la casa.

Entiendo que durante el curso de la anestesia/operación si aparecen riesgos inesperados en mi estado clínico, también se presentarán modificaciones en el plan de manejo inicial, en ese caso la Clínica SOMER S.A., y su grupo de anestesiólogos actuará como guardián de mis intereses, teniendo como prioridad mi seguridad.

Estoy consciente que es imposible garantizar los resultados de la administración de los anestésicos en mi cuerpo. Entre los efectos adversos frecuentes están: náuseas y vómito, dolor de cabeza, dolor en la espalda, malestar en la garganta, ronquera o disfonía, hinchazón de tejidos blandos y dolor generalizado en los músculos.

En cirugías menores existe la posibilidad de aparición de complicaciones graves e imprevistas, daño de ojos, boca, dientes, lengua o cuerdas vocales, broncoaspiración (paso del contenido del estómago a los pulmones), neumonía, sueños o recuerdos de sucesos durante la cirugía, dolor o parálisis, pérdida de sensibilidad, lesión de venas, arterias, reacciones medicamentosas adversas y en casos raros alteración del hígado, riñón, corazón, pulmón, cerebro, e incluso muerte, estos posibles riesgos, también los puedo sufrir con cualquier tipo de anestesia.

En caso de embarazo, entiendo que los anestésicos cruzan la placenta y anestesian temporalmente al feto y aunque son muy raras las complicaciones se pueden presentar los siguientes riesgos: defectos genéticos, trabajo de parto antes de tiempo, lesión cerebral permanente y muerte.

Certifico que le he informado al anestesiólogo todo lo relacionado con:

- Enfermedades graves que he sufrido.
- Anestésias que he recibido anteriormente y sus complicaciones, hasta donde llega mi entendimiento.
- Cualquier alergia que sufro a medicamentos, alimentos y agentes externos.
- Todos los fármacos que recibí el año anterior (12 meses anteriores), y que he respondido con la verdad a todas las preguntas adicionales planteadas por el anestesiólogo.



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA

Código **CIR.FORM.14**

Versión **05**

Fecha de elaboración y/o actualización:
31-10-2023

1. ¿Qué riesgos específicos pueden presentarse fuera de los ya descritos?

Por mis antecedentes personales, el (la) médico (a) me ha explicado (nos ha explicado); que presento los siguientes riesgos adicionales:

1. no expuso complicaciones
2. _____

2. ¿Cuáles son los beneficios que tiene el procedimiento anestésico?

El objetivo principal de la anestesia es que el paciente pueda ser intervenido sin dolor

3. ¿Hay otras alternativas de anestesia y están disponibles?

No hay otras alternativas.

CONSENTIMIENTO

Recibí información clara, precisa y adecuada de una manera comprensible para mí, sobre la anestesia, sus beneficios, desventajas y riesgos. Conozco mi derecho a un trato digno, a la privacidad y confidencialidad, a la autonomía de mi voluntad, así como también mi derecho a acceder a información y a recibir atención de calidad.

Entendí la información recibida y tuve la oportunidad de realizar preguntas que fueron aclaradas, y entiendo que puedo realizar todas las preguntas adicionales que me surjan después de firmar este consentimiento.

x Auro Cristina Pintya Alzate

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

Firma x Cristina Pintya Número de identificación Y 1036980607

Fecha 20-01-24

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma _____ Parentesco _____

Número de identificación _____ Fecha _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma _____ Parentesco _____

Número de identificación _____ Fecha _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA

Código **CIR.FORM.14**

Versión **05**

Fecha de elaboración y/o actualización:
31-10-2023

David José García
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

Firma _____ Número de identificación 95420424 de

Fecha 20 enero 2024

DISENTIMIENTO

Nosotros (yo) _____ identificado (identificados) _____ representante de _____ habiendo sido informado (informados) de todos los riesgos y beneficios de la anestesia, declaro (declaramos) que de forma voluntaria y con pleno conocimiento de los riesgos que conlleva la decisión de no aceptarla.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

Firma _____ Número de identificación _____

Fecha _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma _____ Parentesco _____

Número de identificación _____ Fecha _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma _____ Parentesco _____

Número de identificación _____ Fecha _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

Firma _____ Número de identificación _____

Fecha _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA

Código **CIR.FORM.14**

Versión **05**

Fecha de elaboración
y/o actualización:
31-10-2023

REVOCATORIA

Nosotros (yo) _____ identificado (identificados) _____ en representación de _____, aun conociendo las posibles implicaciones para mi estado de salud y/o para la evolución de mi enfermedad o el de mi representado y después de haber ampliado la información y aclarado las dudas, he (hemos) decidido revocar (cambiar de opinión) aun conociendo las posibles implicaciones para el estado de salud.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

Firma _____ Número de identificación _____

Fecha _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma _____ Parentesco _____

Número de identificación _____ Fecha _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma _____ Parentesco _____

Número de identificación _____ Fecha _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

Firma _____ Número de identificación _____

Fecha _____



LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA

CÓDIGO C.I.R.FORM.21
 VERSIÓN 01
 Fecha de elaboración y/o actualización: 22-03-2016

Nombre y Apellidos: Ayda Cristina Montoya Acosta Procedimiento: laparotomía
 Historia Clínica: 1036950607 Fecha: 20-01-24

ANTES DE LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA
 Enfermero/a y Anestesiólogo/a

El paciente ha confirmado:

- Su identidad,
- Sitio quirúrgico
- Procedimiento quirúrgico
- Consentimiento de cirujano
- Consentimiento de anestesia

Se ha marcado el sitio quirúrgico SI No NA

Se ha verificado la disponibilidad de material y equipos

Se ha completado la comprobación de aparatos de anestesia y medicación anestésica

Equipos de monitoreo en el paciente están en funcionamiento

El paciente tiene:

¿Alergias conocidas? Sí No

¿Vía área difícil o riesgos de aspiración?

No Sí el equipo y la asistencia están disponibles

¿Riesgo de pérdida de sangre > 500ml (7ml/kg en niños)

No Sí dispone de una vía de acceso IV o central adecuada y líquidos necesarios

SI CUMPLEN LOS REQUISITOS ANTERIORES, SE AUTORIZA INICIAR INDUCCIÓN ANESTÉSICA

ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA
 Enfermero/a, instrumentador/a, Anestesiólogo/a, Cirujano/a

Confirmar que todo el personal se haya presentado por su nombre y función

Cirujano/a, anestesiólogo/a y enfermero/a confirman Verbalmente:

- La identidad del paciente
- Sitio quirúrgico
- Procedimiento

Se ha administrado la profilaxis antibiótica en los últimos 60 min SI No NA

PREVISIÓN DE SUCESOS CRÍTICOS

- Cirujano/a: Cuáles son los pasos críticos o inesperados, duración de la cirugía, pérdida de sangre esperada?
- Anestesiólogo/a: Presenta el paciente algún problema específico
- Equipo de enfermería e instrumentador/a: Se ha confirmado la esterilidad? (Resultados de indicadores). Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?

SI CUMPLEN LOS REQUISITOS ANTERIORES, SE AUTORIZA INICIAR EL PROCEDIMIENTO

ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DE QUIRÓFANO
 Enfermero/a, instrumentador/a Anestesiólogo/a, Cirujano/a

Enfermero confirma verbalmente:

- Nombre del procedimiento Drenaje de hemoperitoneo
- Conteo de gasas y compresas completo Salpingo, fomián 12 quierda
- Instrumental completo
- Conteo de agujas y Hojas de Bisturi completo

Si existe algún problema que resolver en relación con el material o los equipos SI No

Identificación de las muestras biológicas, en voz alta incluyendo nombre de paciente

Envío de patologías SI No Etópico

Envío de cultivos SI No Fobético

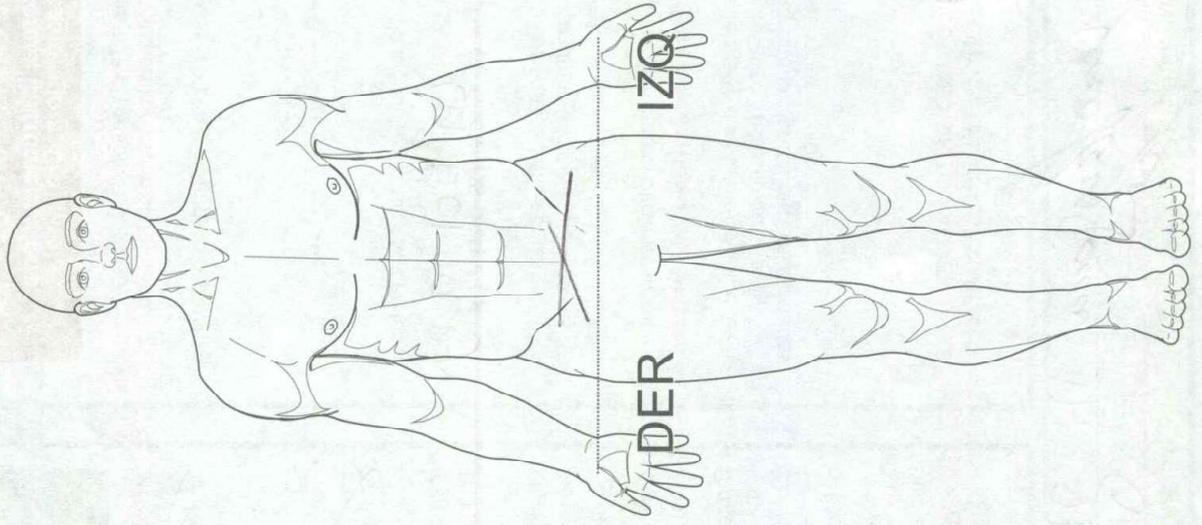
Cirujano/a, anestesiólogo/a y enfermero/a revisan y registran:

- Aspectos críticos en la recuperación y tratamiento del paciente
- No Sí el equipo y la asistencia están disponibles

SI CUMPLEN LOS REQUISITOS ANTERIORES, SE AUTORIZA TRASLADO A UNIDAD DE CUIDADOS POS ANESTÉSICOS

Nombre Grupo Quirúrgico: Nary Nela
 Firma Grupo Quirúrgico: Erid Cardona C Anestesiólogo/a [Firma] Cirujano/a [Firma]
 Auxiliar de enfermería [Firma] Instrumentador [Firma]

ANT

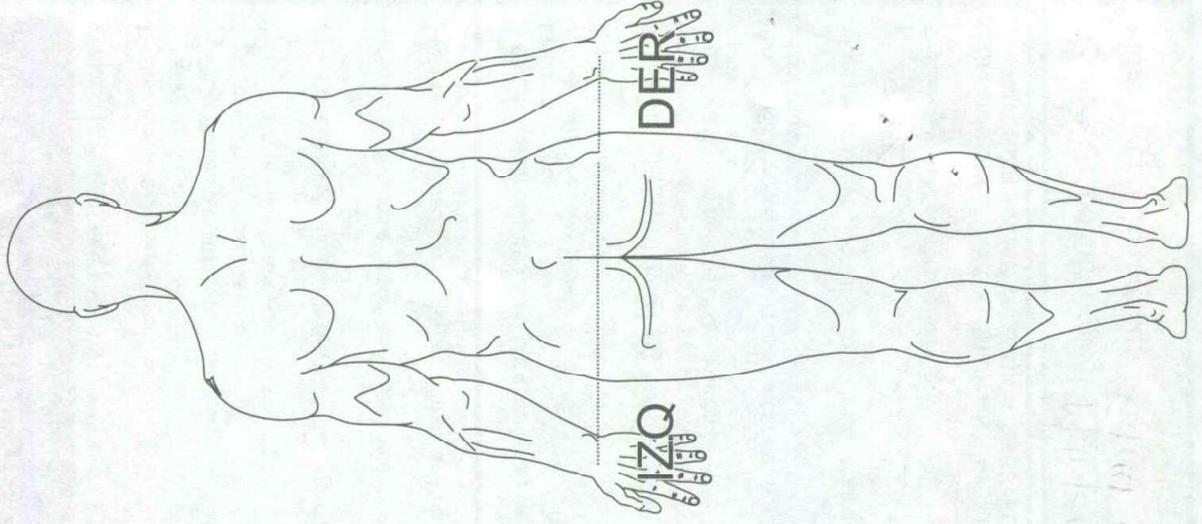


Indicadores

Paquete

Indicadores

POST



Instrumental

Indicadores

RH: 67
Peso: 68 kg
Talla: 160 cm
AA: (-)
AAQ: (-)
AP: p. sor. p. su.