

HISTORIA CLINICA No. CC 35323857 -- LUZ STELLA TIBABUSO SONSA
Empresa: CAPITAL SALUD -AMBULATORIO **Afiliado:** SUBSIDIADO NIVEL 1
Fec. Nacimiento: 18/03/1957 **Edad actual:**67 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** A+ **Estado Civil:** Viudo(a)
Teléfono: 2936790 **Dirección:** CL 2 87 H 12
Barrio: KENNEDY **Departamento:** BOGOTA D.C.
Municipio: BOGOTA D.C. **Ocupación:** NO APLICA
Etnia: NINGUNO **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo:NO DEFINIDO **Atención Especial:** NO APLICA
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO APLICA

SEDE DE ATENCIÓN:		SU59	USS PATIOS	Edad 67 AÑOS	
FOLIO	1	FECHA	26/09/2017 15:22:11	TIPO DE ATENCION	AMBULATORIO

SUBJETIVO

MOTIVO DE CONSULTA

"por los medicamentos"

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente con antecedente de hipertension arterial en manejo, asiste para suministro de medicamentos. Refiere cuadro de tiempo no especificado consistente en presencia de dolor y distension ambdominal postprandial, asocia ademas aumento de gases. Niega otros sintomas.

ANTECEDENTES

FAMILIARES

OTROS (SI)
Madre con hipertension arterial

PERSONALES

MÉD.QX.TR.TÓX.HOSP.TRANSF.ALÉR.INM. ETC (SI)
hipertension arterial
Parálisis facial en septiembre de 2016, en control con neurologia.
QX: laparotomia expropratoria por HACP, herniorrafia inguinal bilateral

CONCILIACION MEDICAMENTOSA AL INGRESO

TOMA MEDICAMENTOS EN CASA, CUÁLES? (SI)
Losartan 50 mg cada 12 horas
Hidroclorotiazida 25 mg cada día

OBJETIVO

EXAMEN FISICO

ESTADO GENERAL: PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, AFEBRIL, MUCOSAS ROSADAS, HIDRATADAS, ESCLERAS ANICTERICAS, NO EDEMA PALPEBRAL, NO INYECCION CONJUNTIVAL, CUELLO MOVIL SIN MASAS NI MEGALIAS, NO INGURGITACIÓN YUGULAR, TORAX SIMÉTRICO SIN RETRACCIONES, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, BIEN TIMBRADOS, SINCRÓNICOS CON EL PULSO SIN SOPLOS AUSCULTABLES, MURMULLO VESICULAR PRESENTE, NO AGREGADOS NI HIPOVENTILACIONES. RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO MASAS NI VISCEROMEGALIAS. EXTREMIDADES MÓVILES, EUTRÓFICAS, SIN EDEMAS, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES, SIMÉTRICOS, DE ADECUADA INTENSIDAD. NEUROLÓGICO: PACIENTE ALERTA CONSCIENTE, ORIENTADO EN TRES ESFERAS, COMPRENDE E INTERPRETA LENGUAJE, OBEDECE ORDENES. ISOCORIA NORMORREACTIVA, MOVIMIENTOS OCULARES NORMALES, NO ASIMETRÍAS FACIALES, FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES, REFLEJOS ++/++++.

ANALISIS Y PLAN

DIAGNOSTICO	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Tipo PRINCIPAL
DIAGNOSTICO	G519	TRASTORNOS DEL NERVIIO FACIAL NO ESPECIFICADO	Tipo RELACIONADO
DIAGNOSTICO	R104	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	Tipo RELACIONADO

ANALISIS

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL EN MANEJO, EN EL MOMENTO CON CIFRAS TENSIONALES EN METAS, CON ANTECEDENTE DE PARALISIS FACIAL QUIEN SE ENCONTRABA EN MANEJO CON NEUROLOGIA, NO HA TENIDO CONTROLES CON ESPECIALIDAD TRATANTE, POR LO QUE SOLICITO REVALORACION POR NEUROLOGIA.
ADEMÁS, PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR Y DISTENSION ABDOMINAL, DE TIEMPO NO ESPECIFICADO, AUMENTO DE GASES

900959048
CL 9 39 46

ARHScIxFoPdf2
Pag: 2 de 20
Fecha: 07/03/25
G.etareo: 15
* 35323857 *

HISTORIA CLINICA No. CC 35323857 -- LUZ STELLA TIBABUSO SONSA
Empresa: CAPITAL SALUD -AMBULATORIO **Afiliado:** SUBSIDIADO NIVEL 1
Fec. Nacimiento: 18/03/1957 **Edad actual:**67 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** A+ **Estado Civil:** Viudo(a)
Teléfono: 2936790 **Dirección:** CL 2 87 H 12
Barrio: KENNEDY **Departamento:** BOGOTA D.C.
Municipio: BOGOTA D.C. **Ocupación:** NO APLICA
Etnia: NINGUNO **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo:NO DEFINIDO **Atención Especial:** NO APLICA
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO APLICA

INTESTINALES QUESE EXACERBA CON LA INGESTA, CONSIDERO COMO PRIMERA PROBABILIDAD SINDROME DE COLON IRRITABLE, SIN EMBARGO, CONSIDERANDO ANTECEDENTE DE LAPAROTOMIA POR HERIDA POR ARMA CORTOPUNZANTE EN ABDOMEN, ES NECESARIO REALIZAR ECOGRAFIA ABDOMINAL, POR EL MOMENTO DOY MANEJO SINTOMATICO.

ORDENES DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

Cantidad	Descripción	
1	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO, PANCREAS, VESICULA, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRANDES VASO	Pendiente
paciente con cuadro de dolor y distension abdominal, de tiempo no especificado, aumento de gases intestinales		
quese exacerba con la ingesta, considero como primera probabilidad sindrome de colon irritable, sin embargo,		
considerando antecedente de laparotomia por herida por arma cortopunzante en abdomen, es necesario realizar		
ecografia abdominal		

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	
1	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRA	Pendiente
1	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	Pendiente
1	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	Pendiente
1	COLESTEROL TOTAL	Pendiente
1	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	Pendiente
1	NITROGENO UREICO	Pendiente
1	TRIGLICERIDOS	Pendiente
1	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	Pendiente
1	UROANALISIS	Pendiente

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR: NEUROLOGIA Fecha de Orden: 26/09/2017

OBSERVACIONES

Paciente con antecedente de hipertension arterial en manejo, en el momento con cifras tensionales en metas, con antecedente de paralisis facial quien se encontraba en manejo con neurologia, no ha tenido controles con especialidad tratante, por lo que solicito revaloracion por neurologia.

RESULTADOS :

FORMULA MEDICA

Cantidad	Dosis	Esquema	Descripción	Via	Frecuencia	Obs.
3,00	3,00	MILILITRO	ALUMINIO HIDROXIDO 6G/ 100 ML /360 ML SUSPENORAL		8 Horas	NUEVO
90,00	100,00	MILIGRAM	ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG TABLETA 100mg ORAL		24 Horas	NUEVO
90,00	25,00	MILIGRAM	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG TABLETA 25mg	ORAL	24 Horas	NUEVO
180,00	50,00	MILIGRAM	LOSARTAN 50MG TABLETA 50mg	ORAL	12 Horas	NUEVO

PLAN - DIAGNOSTICO

SS PARACLINICOS BASICOS, ECOGRAFIA ABDOMINAL
SS VALORACION POR NEUROLOGIA

PLAN - EDUCATIVO

SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

PLAN - SEGUIMIENTO

CONTROL CON RESULTADOS.

PLAN - TERAPEUTICO

ASA 100 MG CADA DIA

HISTORIA CLINICA No. CC 35323857 -- LUZ STELLA TIBABUSO SONSA**Empresa:** CAPITAL SALUD -AMBULATORIO**Afiliado:** SUBSIDIADO NIVEL 1**Fec. Nacimiento:** 18/03/1957 **Edad actual:** 67 AÑOS**Sexo:** F**Grupo Sanguineo:** A+**Estado Civil:** Viudo(a)**Teléfono:** 2936790**Dirección:** CL 2 87 H 12**Barrio:** KENNEDY**Departamento:** BOGOTA D.C.**Municipio:** BOGOTA D.C.**Ocupación:** NO APLICA**Etnia:** NINGUNO**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** NO DEFINIDO**Atención Especial:** NO APLICA**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO APLICA

LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS

HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG CADA DIA

HIDROXIDO DE ALUMINIO 3 CC CADA 8 HORAS

**SARA CATALINA AGUIRRE ARCOS**

Reg. 1085926880

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: KE10 USS OCCIDENTE DE KENNEDY**Edad** 67 AÑOS**FOLIO** 3 **FECHA** 10/10/2017 11:02:07 **TIPO DE ATENCION** AMBULATORIO**SUBJETIVO****MOTIVO DE CONSULTA**

NEUROLOGIA - CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 60 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE:

1. PARALISIS FACIAL PERIFERICA

S/ PACIENTE REFIERE SENSACION DE PARESTESIAS EN HEMICARA DERECHA, NO ALTERACIONES MOTORAS ASOCIADAS. EN CONSULTA PREVIA SE DECIDIO SOLICITAR RESONANCIA CEREBRAL SIMPLE CON CORTES FINOS DE FOSA POSTERIOR PARA DESCARTAR LESION A LA SALIDA DEL VII NERVIO EN EL PUENTE. NO OTROS SINTOMAS ASOCIADOS.

NO LE HAN REALIZADO LA RESONANCIA CEREBRAL

OBJETIVO**EXAMEN FISICO**

SISTEMA NEUROLOGICO CENTRAL: ALERTA, ORIENTACION EN LAS 3 ESFERAS, NOMINA COMPRENDE Y REPITE. ISOCORIA REACTIVA 3 MM. MOVIMIENTOS OCULARES PRESEVADOS. FONDO DE OJO SIN ALTERACIONES. PARESIA FACIAL PERIFERICA DERECHA HOUSE BRACKMANN 1. PARES BAJOS NORMALES. FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES. RMT ++/++++ GENERALIZADOS RESPUESTA PLANTAR FLEXORA BILATERAL. NO ALTERACIONES EN SENSIBILIDAD. NO SIGNOS MENINGEOS

ANALISIS Y PLAN**DIAGNOSTICO** G510 PARALISIS DE BELL

Tipo PRINCIPAL

ANALISIS

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE PARALISIS FACIAL PERIFERICA DERECHA HOUSE BRACKMAN 1, EN ESPERA DE REALIZACION DE RESONANCIA CEREBRAL SIMPLE CON CORTES FINOS DE FOSA POSTERIOR PARA DESCARTAR LESION DEL VII NERVIO CRANEAL EN SU EMERGENCIA DEL TALLO. SE DA NUEVAMENTE CONTROL EN 3 MESES. PRESENTO ADECUADA RESPUESTA AL MANEJO CON TERAPIA FISICA. SE EXPLICA A LA PACIENTE. SE DAN SIGNOS DE ALARMA.

ORDENES DE IMAGENES DIAGNOSTICAS**Cantidad** **Descripción**

1 RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO

Pendiente

CON SECUENCIAS DE FOSA POSTERIOR (FIESTA)

DX ; NEUROPATIA CRANEAL

CONSULTAS**Cantidad** **Descripción**

1 CONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA - CEFALEA

Pendiente

CON RESULTADOS

HISTORIA CLINICA No. CC 35323857 -- LUZ STELLA TIBABUSO SONSA**Empresa:** CAPITAL SALUD -AMBULATORIO**Afiliado:** SUBSIDIADO NIVEL 1**Fec. Nacimiento:** 18/03/1957 **Edad actual:** 67 AÑOS**Sexo:** F**Grupo Sanguineo:** A+**Estado Civil:** Viudo(a)**Teléfono:** 2936790**Dirección:** CL 2 87 H 12**Barrio:** KENNEDY**Departamento:** BOGOTA D.C.**Municipio:** BOGOTA D.C.**Ocupación:** NO APLICA**Etnia:** NINGUNO**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** NO DEFINIDO**Atención Especial:** NO APLICA**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO APLICA**MARTA LILIANA RAMOS ROMERO****Reg. 1022324390****NEUROLOGIA****SEDE DE ATENCIÓN:** SU59 USS PATIOS**Edad 67 AÑOS****FOLIO 4 FECHA 27/11/2017 14:42:25 TIPO DE ATENCION AMBULATORIO****SUBJETIVO****MOTIVO DE CONSULTA**

"es que creo que se me cayeron unas calzas"

ENFERMEDAD ACTUAL

paciente asiste para valoración

ANTECEDENTES**USO EXCLUSIVO SALUD ORAL**

TRATAMIENTO MÉDICO/USO MEDICAMENTOS (SI)

lozartan 50 mg 2 veces al día, asa 1 diaria

HIPERTENSIÓN/CARDIOPATIAS/DIABETES (SI)

hipertensión en control hace 3 meses controlada.

TÓXICOS Y ALÉRGICOS (NO REFIERE)

no refiere

OBJETIVO**EXAMEN FISICO**

. SISTEMA ESTOMATOGNATICO: -ASIMETRIAS (Sin Patología) -ATM (Sin Patología) -CADENA GANGLIONAR (Sin Patología)

-CARRILLOS (Sin Patología) -ENCIAS (Sin Patología) -FRENILLOS (Sin Patología) -FUNCION DE OCLUSIÓN (Sin

Patología) -GLÁNDULAS SALIVALES (Sin Patología) -HALITOSIS (Sin Patología) -LABIOS (Sin Patología) -XEROSTOMIA

(Sin Patología) -SURCO YUGAL (Sin Patología) -SISTEMA NERVIOSO (Sin Patología) -PISO DE BOCA (Sin Patología)

-PALADAR (Sin Patología) -OTROS (Sin Patología) -OROFARINGE (Sin Patología) -MUSCULOS MASTICATORIOS (Sin

Patología) -LENGUA (Sin Patología) -ENCIAS (Con Patología) -FUNCION DE OCLUSIÓN existe una desarmonia oclusal

por edentulismo parcial o total.(Con Patología)

ANALISIS

c:1 paq 306 23/11/2017 edna

PLAN Y MANEJO

el plan de tratamiento y estado de salud oral se explica verbal y escritamente y es aceptado y entendido

mediante la firma del consentimiento informado.

se realiza evaluación odontológica, realizo control de placa, se evidencia un indice de placa por enciama del

90%,evaluacion riesgo de caries,

revisión estomatologica completa, examen intra y extraoral, paciente que requiere tratamiento de

operatoria y prostodoncia

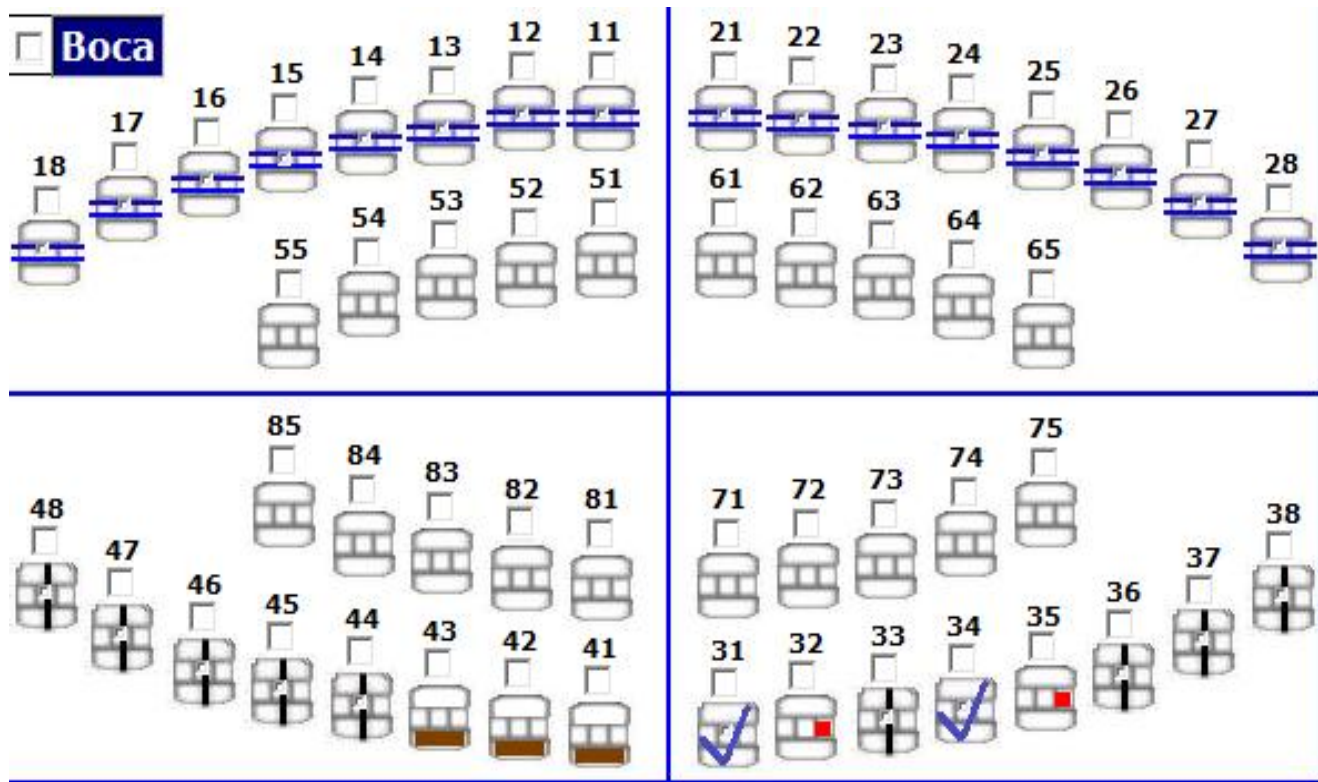
se remite a H.O se explica plan de tratamiento.

se da orden para higiene oral y prostodoncia

Evolucion realizada por: ISABEL CRISTINA SILVA GOMEZ-Fecha: 27/11/17 15:13:53

HISTORIA CLINICA No. CC 35323857 -- LUZ STELLA TIBABUSO SONSA**Empresa:** CAPITAL SALUD -AMBULATORIO**Afiliado:** SUBSIDIADO NIVEL 1**Fec. Nacimiento:** 18/03/1957 **Edad actual:** 67 AÑOS**Sexo:** F**Grupo Sanguineo:** A+**Estado Civil:** Viudo(a)**Teléfono:** 2936790**Dirección:** CL 2 87 H 12**Barrio:** KENNEDY**Departamento:** BOGOTA D.C.**Municipio:** BOGOTA D.C.**Ocupación:** NO APLICA**Etnia:** NINGUNO**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** NO DEFINIDO**Atención Especial:** NO APLICA**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO APLICA**ANALISIS Y PLAN**

DIAGNOSTICO K0215	CARIES DE LA DENTINA CARIES SECUNDARIA CAVITACIONAL	Tipo PRINCIPAL
DIAGNOSTICO K0212	CARIES DE LA DENTINA CARIES CAVIDAD DETECTABLE CARIES CAVIDAD	Tipo RELACIONADO
DIAGNOSTICO K0441	MOVILIDAD GRADO 2	Tipo RELACIONADO
DIAGNOSTICO K081	PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDENTE EXTRACCION O ENFERMEDAD	Tipo RELACIONADO
DIAGNOSTICO Z0121	DIENTE SANO	Tipo RELACIONADO
DIAGNOSTICO Z9723	PROTESIS ADAPTADA	Tipo RELACIONADO

**DIAGNOSTICOS*****Procedimientos Ejecutados**

Diente	Zona	Diagnóstico	Procedimiento Planado
18	O	PROTESIS ADAPTADA	
17	O	PROTESIS ADAPTADA	
16	O	PROTESIS ADAPTADA	
15	O	PROTESIS ADAPTADA	

900959048
CL 9 39 46

ARHScIxFoPdf2
Pag: 6 de 20
Fecha: 07/03/25
G.etareo: 15
35323857

HISTORIA CLINICA No. CC 35323857 -- LUZ STELLA TIBABUSO SONSA
Empresa: CAPITAL SALUD -AMBULATORIO **Afiliado:** SUBSIDIADO NIVEL 1
Fec. Nacimiento: 18/03/1957 **Edad actual:**67 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** A+ **Estado Civil:** Viudo(a)
Teléfono: 2936790 **Dirección:** CL 2 87 H 12
Barrio: KENNEDY **Departamento:** BOGOTA D.C.
Municipio: BOGOTA D.C. **Ocupación:** NO APLICA
Etnia: NINGUNO **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo:NO DEFINIDO **Atención Especial:** NO APLICA
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO APLICA

14	O	PROTESIS ADAPTADA	
13	I	PROTESIS ADAPTADA	
12	I	PROTESIS ADAPTADA	
11	I	PROTESIS ADAPTADA	
28	O	PROTESIS ADAPTADA	
27	O	PROTESIS ADAPTADA	
26	O	PROTESIS ADAPTADA	
25	O	PROTESIS ADAPTADA	
24	O	PROTESIS ADAPTADA	
23	I	PROTESIS ADAPTADA	
22	I	PROTESIS ADAPTADA	
21	I	PROTESIS ADAPTADA	
41	V	CARIES DE LA DENTINA CARIES SECUNDA	OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO
		CAVITACIONAL	
42	V	CARIES DE LA DENTINA CARIES SECUNDA	OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO
		CAVITACIONAL	
43	V	CARIES DE LA DENTINA CARIES SECUNDA	OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO
43	V	CARIES DE LA DENTINA CARIES SECUNDA	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGIA GENERAL
		CAVITACIONAL	
44	O	PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDEN	
		XTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL	
45	O	PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDEN	
		XTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL	
46	O	PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDEN	
		XTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL	
47	O	PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDEN	
		XTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL	

HISTORIA CLINICA No. CC 35323857 -- LUZ STELLA TIBABUSO SONSA**Empresa:** CAPITAL SALUD -AMBULATORIO**Afiliado:** SUBSIDIADO NIVEL 1**Fec. Nacimiento:** 18/03/1957 **Edad actual:** 67 AÑOS**Sexo:** F**Grupo Sanguineo:** A+**Estado Civil:** Viudo(a)**Teléfono:** 2936790**Dirección:** CL 2 87 H 12**Barrio:** KENNEDY**Departamento:** BOGOTA D.C.**Municipio:** BOGOTA D.C.**Ocupación:** NO APLICA**Etnia:** NINGUNO**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** NO DEFINIDO**Atención Especial:** NO APLICA**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO APLICA

48	O	PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDEN XTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL
38	O	PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDEN XTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL
37	O	PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDEN XTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL
36	O	PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDEN XTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL
35	D	CARIES DE LA DENTINA CARIES CAVIDAD OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO ETECTABLE CARIES CAVIDAD EXTENSA
34	O	DIENTE SANO
33	I	PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDEN XTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL
32	D	CARIES DE LA DENTINA CARIES CAVIDAD OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO
32	D	CARIES DE LA DENTINA CARIES CAVIDAD CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGIA GENERAL ETECTABLE CARIES CAVIDAD EXTENSA
31	L	MOVILIDAD GRADO 2
31	I	DIENTE SANO

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR: HIGIENE ORAL

Fecha de Orden: 27/11/2017

OBSERVACIONES

paciente necesita detartraje de 4 cuadrantes

RESULTADOS :

INTERCONSULTA POR: PROSTODONCIA

Fecha de Orden: 27/11/2017

OBSERVACIONESpaciente necesita cambio de protesis superior por que desadaptacion y mal estado del acrilico, 30 años de uso
y presenta estomatitis subprotésica**RESULTADOS :****FORMATOS****VALORACIÓN DE RIESGO DE CARIES DENTAL Y PRONOSTICO**

Índice visible de placa bacteriana (Silness & Loe modificado)

Higiene Oral Buena (0-15%) X.. Higiene Oral Regular (16-30%) Higiene Oral Deficiente (31-100%)

Riesgo Presente / Ausente A..

Retencion de Placa Bacteriana

900959048
CL 9 39 46

ARHScIxFoPdf2
Pag: 8 de 20
Fecha: 07/03/25
G.etareo: 15
* 35323857 *

HISTORIA CLINICA No. CC 35323857 -- LUZ STELLA TIBABUSO SONSA
Empresa: CAPITAL SALUD -AMBULATORIO **Afiliado:** SUBSIDIADO NIVEL 1
Fec. Nacimiento: 18/03/1957 **Edad actual:**67 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** A+ **Estado Civil:** Viudo(a)
Teléfono: 2936790 **Dirección:** CL 2 87 H 12
Barrio: KENNEDY **Departamento:** BOGOTA D.C.
Municipio: BOGOTA D.C. **Ocupación:** NO APLICA
Etnia: NINGUNO **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo:NO DEFINIDO **Atención Especial:** NO APLICA
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO APLICA

Factores sistemicos X.. Factores Locales Factores Sistemicos y Locales
Riesgo Presente / Ausente P..
Experiencia de Caries
presenta lesiones cavitacionales SI
Riesgo Presente / Ausente P..
Usa crema dental Fluorada:
. SI Frecuencia MAYOR O IGUAL 2 VECES DIA
Riesgo Presente / Ausente A..
Acceso a servicio odontologico en el último año
. SI
Motivo de consulta Regular X.. Urgencias
Riesgo Presente / Ausente A
Frecuencia diaria consumo de comidas/ bebidas
< 5 veces dia X.. > de 7 veces dia
Riesgo Presente /Ausente A..
Ingesta diaria de carbohidratos
< de 2 veces /dia X.. > de 2 veces /dia
Riesgo Presente / Ausente A..
RIESGO DE CARIES
. ALTO
PRONOSTICO
favorable Reservado X.. Desfavorable
OBSERVACIONES

RIESGOS ODONTOLOGIA

RIESGOS DE SEGURIDAD
Caidas SI
Ulceras por Presión SI
Comunicación Inadecuada SI
Fuga SI
Identificación inadecuada SI
Flebitis SI
Interacción Medicamentosa SI
Otro Gestion/ Intervención
RIESGOS EN P Y D
No detección de hallazgos de Cancer SI
Evento no deseado en el bienestar materno / fetal NO
Embarazo no Deseado NO
Infección de Transmisión Sexual NO
No deteccion de Problemas de Nutrición NO
No detección de enfermedades Cardiovasculares NO
No detección de Enfermedad Dental SI
Otro Gestión /Intervención
RIESGOS CLINICOS
Fractura Dental
fractura de Elementos Odontológicos SI
Ingesta de Material o elementos Odontológicos SI
Compromiso Pulpar SI

HISTORIA CLINICA No. CC 35323857 -- LUZ STELLA TIBABUSO SONSA**Empresa:** CAPITAL SALUD -AMBULATORIO**Afiliado:** SUBSIDIADO NIVEL 1**Fec. Nacimiento:** 18/03/1957 **Edad actual:** 67 AÑOS**Sexo:** F**Grupo Sanguineo:** A+**Estado Civil:** Viudo(a)**Teléfono:** 2936790**Dirección:** CL 2 87 H 12**Barrio:** KENNEDY**Departamento:** BOGOTA D.C.**Municipio:** BOGOTA D.C.**Ocupación:** NO APLICA**Etnia:** NINGUNO**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** NO DEFINIDO**Atención Especial:** NO APLICA**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO APLICA

Perdida dental SI

Otro

Gestión / Intervención

PRESENTA RIESGO PSICOSOCIAL?

. DESCRIBA

IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES EDUCATIVAS**IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS**

CONOCE LOS RIESGOS Y/O COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD? SI

CONOCE LOS ALIMENTOS QUE PUEDE O NO CONSUMIR? SI

SABE SI PUEDE O NO REALIZAR ACTIVIDAD FISICA? SI

CONOCE SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS? SI

PRACTICA MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA CONSERVAR SU SALUD? SI

SABE COMO LLEVAR UNA SEXUALIDAD RESPONSABLE? NO

CONSUME LICOR O FUMA ? SI

CONOCE LOS EFECTOS ADVERSOS DE SUS MEDICAMENTOS? SI

LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE necesita mejorar los habitos de higiene oral

ACTIVIDAD EDUCATIVA / RECOMENDACIONES

se le explica que debe retirarse la protesis todas las noches, lavarse la mucos oral con gasa y enjuague antisepti

co

**ISABEL CRISTINA SILVA GOMEZ****Reg. 103660699****ODONTOLOGIA GENERAL****SEDE DE ATENCIÓN:** SU59 USS PATIOS**Edad 67 AÑOS****FOLIO 5 FECHA 27/11/2017 15:40:52 TIPO DE ATENCION AMBULATORIO****ORDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QX****Cantidad Descripción**

1 CONTROL DE PLACA DENTAL

Fecha y Hora de Aplicación: 27/11/2017 15:41:19

Resultados:

no se hace control de placa paciente edentulo

Conclusiones:

el plan de tratamiento y estado de salud oral se explica verbal y escritamente y es aceptado y entendido

mediante la firma del consentimiento informado.

se realiza evaluación odontológica,

revisión estomatologica completa, examen intra y extraoral, paciente que requiere tratamiento de

se remite a H.O se explica plan de tratamiento.

Realizado Por: 1036606999 ISABEL CRISTINA SILVA GOMEZ

900959048
CL 9 39 46

ARHScIxFoPdf2
Pag: 10 de 20
Fecha: 07/03/25
G.etareo: 15
*** 35323857 ***

HISTORIA CLINICA No. CC 35323857 -- LUZ STELLA TIBABUSO SONSA
Empresa: CAPITAL SALUD -AMBULATORIO **Afiliado:** SUBSIDIADO NIVEL 1
Fec. Nacimiento: 18/03/1957 **Edad actual:**67 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** A+ **Estado Civil:** Viudo(a)
Teléfono: 2936790 **Dirección:** CL 2 87 H 12
Barrio: KENNEDY **Departamento:** BOGOTA D.C.
Municipio: BOGOTA D.C. **Ocupación:** NO APLICA
Etnia: NINGUNO **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo:NO DEFINIDO **Atención Especial:** NO APLICA
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO APLICA

Isabel Cristina Silva Gomez

ISABEL CRISTINA SILVA GOMEZ
Reg. 103660699
ODONTOLOGIA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN:	SU59	USS PATIOS	Edad 67 AÑOS
-------------------	------	------------	--------------

FOLIO	6	FECHA 13/04/2018 12:15:31	TIPO DE ATENCION	AMBULATORIO
-------	---	---------------------------	------------------	-------------

SUBJETIVO

MOTIVO DE CONSULTA

POR LOS MEDICAMENTOS

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HTA HACE 2 AÑOS EN EL MOMENTO SIN SINTOMAS AGUDOS, ASISTE PARA CONTROL. TRAE PARACLINICSO 27/10/17 GLICEMIA 105 BUN 13,9 CREAT 13,9 COELSTEROL TOTAL 216 TRIGLICERIDOS 126,2 HDL 57,8 VLDL 25,2 LDL 133 HEMOGRAMA LEUCOS 6370 HGB 15,3 PLAQ 310000 UROANALISIS NO IVU, NO HEMATURIA, NO PROTEINURIA.

ANTECEDENTES

FAMILIARES

OTROS (SI)
MADRE HTA, TIA DIABETES

PERSONALES

MÉD.QX.TR.TÓX.HOSP.TRANSF.ALÉR.INM. ETC (SI)
PATOLÓGICOS: HTA, PARALISIS FACIAL
HOSPITALIZACIONES: POR PATOLOGICOS
QUIRÚRGICOS: HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL, LAPAROTOMIA POR HACP, APENDIECECTOMIA, COLECSITECTOMIA, CESAREA
TÓXICOS: NIEGA
TRAUMÁTICOS: NIEGA
TRANFUSIONALES: NIEGA
G/O: FUR 42 AÑOS MENARQUIA 13 AÑOS G4P3C1V4A0E0 CITOLOGIA HACE 5 AÑOS REFIERE NORMAL MAMOGRAFIA HACE 1 AÑO
REFIERE NORMAL

CONCILIACION MEDICAMENTOSA AL INGRESO

TOMA MEDICAMENTOS EN CASA, CUÁLES? (SI)
LOSARTAN 50*2, ASA 100*1

DISCAPACIDAD

SIN DISCAPACIDAD (NO REFIERE)
NO

OBJETIVO

EXAMEN FISICO

CABEZA Y ORAL: BUEN ESTADO GENERAL. NORMOCÉFALO. CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, OROFARINGE NO CONGESTIVA, NO ESCURRIMIENTO POSTERIOR. CUELLO MÓVIL, NO MASAS, NO ADENOPATÍAS, NO INGURGITACIÓN YUGULAR, TIROIDES NORMAL, NO SOPLO CAROTIDEO. TÓRAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, NO TIRAJES, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, NO SOPLOS, NO AGREGADOS. RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS, CAMPOS PULMONARES BIEN

HISTORIA CLINICA No. CC 35323857 -- LUZ STELLA TIBABUSO SONSA**Empresa:** CAPITAL SALUD -AMBULATORIO**Afiliado:** SUBSIDIADO NIVEL 1**Fec. Nacimiento:** 18/03/1957 **Edad actual:** 67 AÑOS**Sexo:** F**Grupo Sanguineo:** A+**Estado Civil:** Viudo(a)**Teléfono:** 2936790**Dirección:** CL 2 87 H 12**Barrio:** KENNEDY**Departamento:** BOGOTA D.C.**Municipio:** BOGOTA D.C.**Ocupación:** NO APLICA**Etnia:** NINGUNO**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** NO DEFINIDO**Atención Especial:** NO APLICA**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO APLICA

VENTILADOS, NO AGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACIÓN, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, NO SOPLOS ABDOMINALES. GENITALES NO VALORADOS. EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, EUTÓNICAS, EUTRÓFICAS, NO EDEMA, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS, LLENADO CAPILAR ADECUADO. NEUROLÓGICO: ALERTA, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, NO DÉFICIT SENSITIVO NI MOTOR, NO SIGNOS MENÍNGEOS.

ANALISIS

PACIENTE CON HTA RIESGO MODERADO, EN EL MOMENTO SIN SINTOMAS CARDIOVASCULARES, CLINICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, HIDRATADO, CIFRAS TENSIONALES EN METAS, PARACLINICOS DE OCTUBRE CON HEMOGRAMA NORMAL, UROANALISIS NO PATOLOGICO, CREATININA NORMAL, LDL DISCRETAMENTE FURA DE METAS, SIN EMBARGO NO SE INTERVENDRA DE MANERA FARMAOCLOGICA, SE CONTINUA MANEJO ANTIHIPERTENSIVO, SE EDUCA EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, IMPORTANCIA DE ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA, RECOMENDACIONES, SIGNOS DE ALARMA, SE EXPLICA A PACIENTE, SE RESUELVEN DUDAS, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN Y MANEJO

TERAPEUTICO

LOSARTAN 50 MG CADA 12 HRS POR 90 DIAS

ASA 100 MG DIA POR 90 DIAS

SEGUIMIENTO

A NECESIDAD: TRAER PARACLINICOS PREVIOS

EDUCATIVO

EDUCACIÓN EN HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

PAUTAS DE ALIMENTACIÓN

ACTIVIDAD FISICA DIARIA

ADHERENCIA A TRATAMIENTO

Evolucion realizada por: ANGELICA MORA CABRERA-Fecha: 13/04/18 12:25:52

ANALISIS Y PLAN

DIAGNOSTICO I10X

HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Tipo PRINCIPAL

RECOMENDACIONES

DERECHOS :

A CONOCER :

- De forma clara mi condicion de salud y el tratamiento que recibiré.
- El portafolio de servicios y los costos derivados de la atencion que obtendré.
- Los escenarios de participacion social y como acceder a los mecanismos de escucha.
- Con el pago oportuno de los servicios y derivados de mi condicion de aseguramiento
- Con el cuidado de los recursos fisicos y materiales de la unidad de servicios de salud.

A RESPETAR

- La Unidad de servicios de salud y los profesionales de salud que me atenderan
- Si deseo o no , recibir tratamiento y/o procedimiento ordenado por el profesional de la salud.
- Morir con dignidad

A RECIBIR :

- Informacion , capacitacion y educacion en temas de salud
- Una atencion segura,integral,oportuna y eficiente de acuerdo a mi condicion de salud,genero y edad
- Un trato digno;respetando mi religion , costumbres y creencias
- Manejo confidencial de mi condicion de salud y de lo consignado en mi Historia Clinica.
- Apoyo espiritual y/o emocional ,cuando sienta que lo requiera.
- Consulta de segunda opinion en casos especiales
- Atencion en salud que respete mi privacidad

HISTORIA CLINICA No. CC 35323857 -- LUZ STELLA TIBABUSO SONSA**Empresa:** CAPITAL SALUD -AMBULATORIO**Afiliado:** SUBSIDIADO NIVEL 1**Fec. Nacimiento:** 18/03/1957 **Edad actual:** 67 AÑOS**Sexo:** F**Grupo Sanguineo:** A+**Estado Civil:** Viudo(a)**Teléfono:** 2936790**Dirección:** CL 2 87 H 12**Barrio:** KENNEDY**Departamento:** BOGOTA D.C.**Municipio:** BOGOTA D.C.**Ocupación:** NO APLICA**Etnia:** NINGUNO**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** NO DEFINIDO**Atención Especial:** NO APLICA**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO APLICA**DEBERES :****A INFORMAR**

- Mis antecedentes en salud , entorno familiar y hábitat u otra situacion asociada a mi situacion etnica
- Si acepto o rechazo el tratamiento y/o procedimiento de salud ordenado por el profesional.
- Sobre situaciones irregulares que evidencie en la unidad de servicios de salud.

A CUMPLIR :

- Puntualmente con las citas asignadas por la unidad de servicios de salud y presentarme en adecuadas condiciones de aseo.
- Con el tratamiento y las indicaciones y recomendaciones ordenadas por el equipo de salud.
- Con el pago oportuno de los servicios y dervidados de mi condicion de aseguramiento
- Con el cuidado de los recursos fisicos y materiales de la unidad de servicios de salud.

A RESPETAR

- Los principios , valores y objetivos que promulga la unidad de servicios de salud.
- Al personal de salud y a la comunidad usuaria de los servicios.
- Las condiciones de raza, genero y culto de los colaboradores de la unidad de los servicios de salud, usuarios , sus familias y la comunidad

RECOMENDACIONES**OBSERVACION EVOLUCION ENFERMERIA :****FORMULA MEDICA**

Cantidad	Dosis	Esquema	Descripción	Via	Frecuencia	Obs.
90,00	1,00	TABLETA	ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG TABLETA 100mg	ORAL	24 Horas	NUEVO
180,00	1,00	TABLETA	LOSARTAN 50MG TABLETA 50mg	ORAL	12 Horas	NUEVO
90,00	1,00	TABLETA	ACETAMINOFEN 500MG TABLETA 500mg	ORAL	24 Horas	NUEVO

**ANGELICA MORA CABRERA****Reg. 1018467269****MEDICINA GENERAL****SEDE DE ATENCIÓN:** SU59 USS PATIOS**Edad 67 AÑOS****FOLIO 7 FECHA 16/04/2018 09:32:31****TIPO DE ATENCION****AMBULATORIO****ORDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QX**

Cantidad	Descripción
1	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL

CONSENTIMIENTO HIGIENE ORAL

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional de odontología en Colombia por la Ley 35 de 1989, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente todos los riesgos que pueden derivarse

del procedimiento y/o tratamiento que le será practicado, solicitando el consentimiento anticipadamente (art. 5)

En atención el día de hoy y en pleno uso de mis facultades físicas, mentales, legales, libre y voluntariamente yo _____
identificado con CC No. _____

en calidad de acudiente por imposibilidad física, mental o legal de _____ identificado con CC No. _____

HISTORIA CLINICA No. CC 35323857 -- LUZ STELLA TIBABUSO SONSA**Empresa:** CAPITAL SALUD -AMBULATORIO**Afiliado:** SUBSIDIADO NIVEL 1**Fec. Nacimiento:** 18/03/1957 **Edad actual:** 67 AÑOS**Sexo:** F**Grupo Sanguineo:** A+**Estado Civil:** Viudo(a)**Teléfono:** 2936790**Dirección:** CL 2 87 H 12**Barrio:** KENNEDY**Departamento:** BOGOTA D.C.**Municipio:** BOGOTA D.C.**Ocupación:** NO APLICA**Etnia:** NINGUNO**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** NO DEFINIDO**Atención Especial:** NO APLICA**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO APLICA

_____ hago constar en forma expresa que

el Doctor/a:

del procedimiento y/o tratamiento que le será practicado, solicitando el consentimiento anticipadamente (art. 5)

En atención el día de hoy y en pleno uso de mis facultades físicas, mentales, legales, libre y voluntariamente yo _____

identificado con CC No. _____

en calidad de acudiente por imposibilidad física, mental o legal de _____ identificado con CC No.

_____ hago constar en forma expresa que

el Doctor/a:

Identificado con CC No.

39655162

de la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTEE.S.E.

. me ha informado a mi entera satisfacción lo relacionado al diagnóstico, tratamiento, riesgos, beneficios, complicaciones intraoperatorias postoperatorias de la realización de los procedimientos odontológicos en:

.

Identificado con CC No.

39655162

de la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTEE.S.E.

. me ha informado a mi entera satisfacción lo relacionado al diagnóstico, tratamiento, riesgos, beneficios, complicaciones intraoperatorias postoperatorias de la realización de los procedimientos odontológicos en:

.

APLICACIÓN DE SELLANTES

El/la profesional me ha explicado que se trata de un tratamiento preventivo, para evitar la aparición de caries futuras sobre un diente sano. Me han explicado que se considera un tratamiento efectivo

en algunos pacientes que tienen un alto riesgo de caries. Entiendo que puede haber hábitos (masticar chicle, morder objetos o alimentos duros) que puedan provocar la fractura del sellante. Me han

han explicado que a pesar de evitar estos hábitos con el tiempo el sellante puede romperse y en tal caso es necesario reemplazarlo. Entiendo que de realizarse aumenta el riesgo de presentar caries.

Dientes:

DETARTRAJE

El/la Profesional me ha explicado que se trata de un tratamiento, para disminuir el riesgo de caries, alteraciones a nivel periodontal, pérdida de denta

Comprendo que se considera un tratamiento

altamente efectivo, Me han explicado que no debo ingerir alimentos ni líquidos hasta 1 hora

después de realizado el procedimiento, puede provocar sensibilidad, dolor, sangrado

Cuadrantes :

APLICACIÓN DE FLUOR BARNIZ/ GEL

El profesional de la odontología o una auxiliar de salud oral, debidamente capacitados, aplicaran una barrera protectora llamada barniz de fluor. La aplicación de este material, es

, es seguro y sencillo, Si debe tener presente que: El barniz, puede producir un leve cambio temporal en el color en los dientes.

No podrá consumir alimentos al menos de 2 a 4 horas posteriores a la aplicación del barniz.

Con posterioridad a este tiempo, los alimentos a consumir no deben ser pegajosos ni abrasivos (chicles, dulces, entre otros)

Por esta vez, no podrá realizar cepillado dental sino hasta la mañana siguiente

Entiendo que de no realizarse aumenta el riesgo de presentar caries. Cuadrantes:

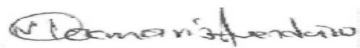
.

.

Espacio para Dibujo

.

. FIRMA O HUELLA DEL PACIENTE /ACUDIENTE _____ Parentesco /afinidad del acudiente _____

HISTORIA CLINICA No. CC 35323857 -- LUZ STELLA TIBABUSO SONSA**Empresa:** CAPITAL SALUD -AMBULATORIO**Afiliado:** SUBSIDIADO NIVEL 1**Fec. Nacimiento:** 18/03/1957 **Edad actual:** 67 AÑOS**Sexo:** F**Grupo Sanguineo:** A+**Estado Civil:** Viudo(a)**Teléfono:** 2936790**Dirección:** CL 2 87 H 12**Barrio:** KENNEDY**Departamento:** BOGOTA D.C.**Municipio:** BOGOTA D.C.**Ocupación:** NO APLICA**Etnia:** NINGUNO**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** NO DEFINIDO**Atención Especial:** NO APLICA**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO APLICA**DACMARIS AVENDAÑO COY****Reg. 39655162****HIGIENE ORAL****SEDE DE ATENCIÓN:** SU59 USS PATIOS**Edad 67 AÑOS****FOLIO 8 FECHA 16/04/2018 10:23:26 TIPO DE ATENCION AMBULATORIO****ORDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QX**

Cantidad	Descripción
1	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL

Fecha y Hora de Aplicación: 16/04/2018 10:25:55

Resultados:

SE REALIZA DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL DE CUDRANTE SUPERIOR DERECHO

Conclusiones:

LOTE 1264 DE 13/04/2018

SE DAN RECOMENDACIONES E INDICACIONES EN HABITOS DE SALUD ORAL, TECNICAS Y FRECUENCIA DE CEPILLADO Y USO DE SEDA DENTAL, TRES VECES AL DIA TODOS LOS DIAS.

Realizado Por: 39655162 DACMARIS AVENDAÑO COY

CONSENTIMIENTO HIGIENE ORAL

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional de odontología en Colombia por la Ley 35 de 1989, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente todos los riesgos que pueden derivarse

del procedimiento y/o tratamiento que le será practicado, solicitando el consentimiento anticipadamente (art. 5)

En atención el día de hoy y en pleno uso de mis facultades físicas, mentales, legales, libre y voluntariamente yo _____

identificado con CC No. _____

en calidad de acudiente por imposibilidad física, mental o legal de _____ identificado con CC No. _____

_____ hago constar en forma expresa que

el Doctor/a:

Identificado con CC No.

39655162

de la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTEE.S.E.

me ha informado a mi entera satisfacción lo relacionado al diagnóstico, tratamiento, riesgos, beneficios, complicaciones intraoperatorias postoperatorias de la realización de los procedimientos odontológicos en:

Identificado con CC No.

39655162

de la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTEE.S.E.

me ha informado a mi entera satisfacción lo relacionado al diagnóstico, tratamiento, riesgos, beneficios, complicaciones intraoperatorias postoperatorias de la realización de los procedimientos odontológicos en:

HISTORIA CLINICA No. CC 35323857 -- LUZ STELLA TIBABUSO SONSA**Empresa:** CAPITAL SALUD -AMBULATORIO**Afiliado:** SUBSIDIADO NIVEL 1**Fec. Nacimiento:** 18/03/1957 **Edad actual:** 67 AÑOS**Sexo:** F**Grupo Sanguineo:** A+**Estado Civil:** Viudo(a)**Teléfono:** 2936790**Dirección:** CL 2 87 H 12**Barrio:** KENNEDY**Departamento:** BOGOTA D.C.**Municipio:** BOGOTA D.C.**Ocupación:** NO APLICA**Etnia:** NINGUNO**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** NO DEFINIDO**Atención Especial:** NO APLICA**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO APLICA**APLICACIÓN DE SELLANTES**

El/la profesional me ha explicado que se trata de un tratamiento preventivo, para evitar la aparición de caries futuras sobre un diente sano. Me han explicado que se considera un tratamiento efectivo en algunos pacientes que tienen un alto riesgo de caries. Entiendo que puede haber hábitos (masticar chicle, morder objetos o alimentos duros) que puedan provocar la fractura del sellante. Me han explicado que a pesar de evitar estos hábitos con el tiempo el sellante puede romperse y en tal caso es necesario reemplazarlo. Entiendo que de realizarse aumenta el riesgo de presentar caries.

Dientes:**DETARTRAJE**

El/la Profesional me ha explicado que se trata de un tratamiento, para disminuir el riesgo de caries, alteraciones a nivel periodontal, pérdida de denta. Comprendo que se considera un tratamiento

altamente efectivo. Me han explicado que no debo ingerir alimentos ni líquidos hasta 1 hora después de realizado el procedimiento, puede provocar sensibilidad, dolor, sangrado.

Cuadrantes :**APLICACIÓN DE FLUOR BARNIZ/ GEL**

El profesional de la odontología o una auxiliar de salud oral, debidamente capacitados, aplicaran una barrera protectora llamada barniz de fluor. La aplicación de este material, es

, es seguro y sencillo. Si debe tener presente que: El barniz, puede producir un leve cambio temporal en el color en los dientes.

No podrá consumir alimentos al menos de 2 a 4 horas posteriores a la aplicación del barniz.

Con posterioridad a este tiempo, los alimentos a consumir no deben ser pegajosos ni abrasivos (chicles, dulces, entre otros)

Por esta vez, no podrá realizar cepillado dental sino hasta la mañana siguiente.

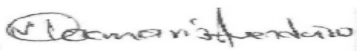
Entiendo que de no realizarse aumenta el riesgo de presentar caries. Cuadrantes:

.

.

Espacio para Dibujo

.

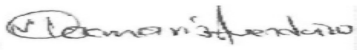
FIRMA O HUELLA DEL PACIENTE /ACUDIENTE _____ **Parentesco /afinidad del acudiente** _____**DACMARIS AVENDAÑO COY****Reg. 39655162****HIGIENE ORAL****SEDE DE ATENCIÓN:** SU59 USS PATIOS**Edad 67 AÑOS****FOLIO 9 FECHA 16/04/2018 10:58:23****TIPO DE ATENCION****AMBULATORIO****ORDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QX****Cantidad Descripción**

1 DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL

Fecha y Hora de Aplicación: 16/04/2018 11:00:38**Resultados:**

SE CORRIGE QUE NO SE REALIZA DETARTRAJE SUPERIOR DERECHO E IZQUIERDO POR NO PRESENTAR DIENTES PRESENTES, PACIENTE ES DESDENTADA SUPERIOR.

Realizado Por: 39655162 DACMARIS AVENDAÑO COY

HISTORIA CLINICA No. CC 35323857 -- LUZ STELLA TIBABUSO SONSA**Empresa:** CAPITAL SALUD -AMBULATORIO**Afiliado:** SUBSIDIADO NIVEL 1**Fec. Nacimiento:** 18/03/1957 **Edad actual:** 67 AÑOS**Sexo:** F**Grupo Sanguineo:** A+**Estado Civil:** Viudo(a)**Teléfono:** 2936790**Dirección:** CL 2 87 H 12**Barrio:** KENNEDY**Departamento:** BOGOTA D.C.**Municipio:** BOGOTA D.C.**Ocupación:** NO APLICA**Etnia:** NINGUNO**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** NO DEFINIDO**Atención Especial:** NO APLICA**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO APLICA**DACMARIS AVENDAÑO COY****Reg. 39655162****HIGIENE ORAL****SEDE DE ATENCIÓN:** SU59 USS PATIOS**Edad 67 AÑOS****FOLIO 10 FECHA 16/04/2018 11:00:47 TIPO DE ATENCION AMBULATORIO****ORDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QX**

Cantidad	Descripción
1	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL

Fecha y Hora de Aplicación: 16/04/2018 11:01:54

Resultados:

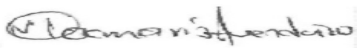
SE REALIZA DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL DE CUDRANTE INFERIOR DERECHO

Conclusiones:

LOTE 1264 DE 13/04/2018

SE DAN RECOMENDACIONES E INDICACIONES EN HABITOS DE SALUD ORAL, TECNICAS Y FRECUENCIA DE CEPILLADO Y USO DE SEDA DENTAL, TRES VECES AL DIA TODOS LOS DIAS.

Realizado Por: 39655162 DACMARIS AVENDAÑO COY

**DACMARIS AVENDAÑO COY****Reg. 39655162****HIGIENE ORAL****SEDE DE ATENCIÓN:** SU59 USS PATIOS**Edad 67 AÑOS****FOLIO 11 FECHA 16/04/2018 11:02:03 TIPO DE ATENCION AMBULATORIO****ORDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QX**

Cantidad	Descripción
1	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL

Fecha y Hora de Aplicación: 16/04/2018 11:03:10

Resultados:

SE REALIZA DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL DE CUDRANTE INFERIOR IZQUIERDO

Conclusiones:

LOTE 1264 DE 13/04/2018

SE DAN RECOMENDACIONES E INDICACIONES EN HABITOS DE SALUD ORAL, TECNICAS Y FRECUENCIA DE CEPILLADO Y USO DE SEDA DENTAL, TRES VECES AL DIA TODOS LOS DIAS, SE INFORMA SOBRE DERECHOS Y DEBERES.

DERECHOS

-A CONOCER: De forma clara mi condicion de salud y el tratamiento que recibire.

-El portafolio de servicios y los costos derivados de la atencion que obtendre.

HISTORIA CLINICA No. CC 35323857 -- LUZ STELLA TIBABUSO SONSA**Empresa:** CAPITAL SALUD -AMBULATORIO**Afiliado:** SUBSIDIADO NIVEL 1**Fec. Nacimiento:** 18/03/1957 **Edad actual:** 67 AÑOS**Sexo:** F**Grupo Sanguineo:** A+**Estado Civil:** Viudo(a)**Teléfono:** 2936790**Dirección:** CL 2 87 H 12**Barrio:** KENNEDY**Departamento:** BOGOTA D.C.**Municipio:** BOGOTA D.C.**Ocupación:** NO APLICA**Etnia:** NINGUNO**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** NO DEFINIDO**Atención Especial:** NO APLICA**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO APLICA

-Los escenarios de participacion social y como acceder a los mecanismos de escucha.

A ELEGIR: La unidad de servicios de salud y los profesionales de salud que me atenderan.

-Si deseo o no recibirel tratamiento y/o procedimiento ordenado por el profesional de la salud.

-Si acepto o no,la donacion de organos y/o sangre.

-Morir con dignidad.

-Si acepto o rechaza participar en programas de investigacion.

A RECIBIR: Informacion,capacitacion,y educacionen temas de salud.

-Una atencion segura,integral,oportuna y eficiente de acuerdo a micondicion de salud,genero y edad.

-Un trato digno,respetando mi religion,costumbres y creencias.

-Manejo confidencial de mi condicion de salud y de lo consignado en mi historia clinica.

-Apoyo espiritual y/o emocional,cuando sienta que lo requiero.

-Consulta de segunda opinion en casos especiales.

-Atencion en salud que respete mi privacidad.

DEBERES

-A informar: Mis antecedentes en salud,entorno familiar y habitat u otra situacion asociada a mi situacion etnica.

-Si acepto o rechazo el tratamiento y/o procedimiento de salud ordenado por el profesional.

-Sobre situaciones irregulares que evidencie en la unidad de servicio de salud.

A CUMPLIR: Puntualmente con las citas asignadas por la unidad de servicios de salud y presentarme en adecuadas condiciones de aseo.

-Con el tratamiento y recomendaciones ordenadas por el equipo de salud.

-Con el pago oportuno de los servicios derivados de mi condicion de aseguramiento.

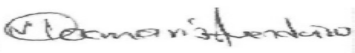
-Con el cuidado de los recursos fisicos y materiales de la unidad de servicios de salud.

A RESPETAR: Los principios,valores y objetivos que promulga la unidad de servicios de salud.

-Al personal de salud y a la comunidad usuaria de los servicios de salud.

-Las condiciones de raza,genero y culto de los colaboradores de la unidad de servicios de salud,usuarios,sus familias y la comunidad.

Realizado Por: 39655162 DACMARIS AVENDAÑO COY

**DACMARIS AVENDAÑO COY****Reg. 39655162****HIGIENE ORAL****SEDE DE ATENCIÓN:** FO03 USS FONTIBON**Edad 67 AÑOS****FOLIO 12 FECHA 02/08/2018 11:00:20 TIPO DE ATENCION TRIAGE**

TRIAGE (MOTIVO DE CONSULTA)

TRIAGE V -

OBSERVACIONES

PACIE TE OCN DOBLE INGRESO

CLASIFICACION TRIAGE: 5 PRIORIDAD V**EPS no acepta este Grupo****DIRECCIONAMIENTO :** CITA PRIORITARIA

900959048
CL 9 39 46

ARHScIxFoPdf2
Pag: 18 de 20
Fecha: 07/03/25
G.etareo: 15
35323857

HISTORIA CLINICA No. CC 35323857 -- LUZ STELLA TIBABUSO SONSA
Empresa: CAPITAL SALUD -AMBULATORIO **Afiliado:** SUBSIDIADO NIVEL 1
Fec. Nacimiento: 18/03/1957 **Edad actual:**67 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** A+ **Estado Civil:** Viudo(a)
Teléfono: 2936790 **Dirección:** CL 2 87 H 12
Barrio: KENNEDY **Departamento:** BOGOTA D.C.
Municipio: BOGOTA D.C. **Ocupación:** NO APLICA
Etnia: NINGUNO **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo:NO DEFINIDO **Atención Especial:** NO APLICA
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO APLICA

GYNA ROCIO VARGAS SALGADO
Reg. 53032490
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	SU59	USS PATIOS	Edad 67 AÑOS
-------------------	------	------------	--------------

FOLIO	13	FECHA 19/09/2018 11:49:52	TIPO DE ATENCION	AMBULATORIO
-------	----	---------------------------	------------------	-------------

SUBJETIVO

MOTIVO DE CONSULTA

ME DIO UN DOLOR MUY FUERTE

ENFERMEDAD ACTUAL

PTE CON CUADRO CLINICO DE 1 MES DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR A NIVEL DE HIPOCONDRIO DERECHO, IRRADIADO A COLUMNA DORSAL. DE INTENSIDAD 10/10, NIEGA FIEBRE U OTROS SINTOMAS.

ANTECEDENTES

PERSONALES

MÉD.QX.TR.TÓX.HOSP.TRANSF.ALÉR.INM. ETC (SI)
PATOLÓGICOS: HTA, PARALISIS FACIAL HOSPITALIZACIONES: POR PATOLOGICOS QUIRÚRGICOS: HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL, LAPAROTOMIA POR HACP, APENDIECECTOMIA, COLECSITECTOMIA, CESAREA TÓXICOS: NIEGA TRAUMÁTICOS: NIEGA TRANFUSIONALES: NIEGA G/O: FUR 42 AÑOS MENARQUIA 13 AÑOS G4P3C1V4A0E0 CITOLOGIA HACE 5 AÑOS REFIERE NORMAL MAMOGRAFIA HACE 1 AÑO REFIERE NORMAL

DISCAPACIDAD

SIN DISCAPACIDAD (NO REFIERE)
NO

OBJETIVO

EXAMEN FISICO

ESTADO GENERAL: PIEL: FOTODAÑO, LESIONES A NIVEL DE COLUMNA DORSAL PUNTIFORMES, NO PRURIGINOSAS. CABEZA Y ORAL: BUEN ESTADO GENERAL. NORMOCÉFALO. CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, OROFARINGE NO CONGESTIVA, NO ESCURRIMIENTO POSTERIOR. CUELLO MÓVIL, NO MASAS, NO ADENOPATÍAS, NO INGURGITACIÓN YUGULAR, TIROIDES NORMAL, NO SOPLO CAROTIDEO. TÓRAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, NO TIRAJES, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, NO SOPLOS, NO AGREGADOS. RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, NO AGREGADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO, NO MASAS NI MEGALIAS. . GENITALES NO VALORADOS. EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, EUTÓNICAS, EUTRÓFICAS, NO EDEMA, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS, LLENADO CAPILAR ADECUADO. NEUROLÓGICO: ALERTA, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, NO DÉFICIT SENSITIVO NI MOTOR, NO SIGNOS MENÍNGEOS.

ANALISIS Y PLAN

DIAGNOSTICO	N210	CALCULO EN LA VEJIGA	Tipo PRINCIPAL
DIAGNOSTICO	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Tipo RELACIONADO
DIAGNOSTICO	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	Tipo RELACIONADO

ANALISIS

PTE CON CC DESCRITO, SE ASOCIA A POSIBLE UROLITIASIS DADAS LAS CARACTERISTICAS DE LOS SINTOMAS. INGRSA CON UROANALISIS EXTRA INSTITUCIONAL QUE MUESTRA INFECCION DE VIAS URINARIAS. INDICO TRATAMIENTO ATB CO UROANALISIS Y UROCULTIVO CONTROL, ADEMAS ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS, REFORMULO MEDICACION ANTIHIPERTENSIVA. SE HARA

900959048
CL 9 39 46

ARHScIxFoPdf2
Pag: 19 de 20
Fecha: 07/03/25
G.etareo: 15
35323857

HISTORIA CLINICA No. CC 35323857 -- LUZ STELLA TIBABUSO SONSA
Empresa: CAPITAL SALUD -AMBULATORIO **Afiliado:** SUBSIDIADO NIVEL 1
Fec. Nacimiento: 18/03/1957 **Edad actual:**67 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** A+ **Estado Civil:** Viudo(a)
Teléfono: 2936790 **Dirección:** CL 2 87 H 12
Barrio: KENNEDY **Departamento:** BOGOTA D.C.
Municipio: BOGOTA D.C. **Ocupación:** NO APLICA
Etnia: NINGUNO **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo:NO DEFINIDO **Atención Especial:** NO APLICA
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO APLICA

CONTROL CON RESULTADOS.

ORDENES DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

Cantidad	Descripción	
1	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)	Pendiente

PTE. CON SOSPECHA DE LITIASIS URINARIA.

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	
1	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	Pendiente
1	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRA	Pendiente
1	UROANALISIS	Pendiente

RECOMENDACIONES

DERECHOS :
A CONOCER :
-DE FORMA CLARA MI CONDICION DE SALUD Y EL TRATAMIENTO QUE RECIBIRÉ.
-EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS Y LOS COSTOS DERIVADOS DE LA ATENCION QUE OBTENDRÉ.
-LOS ESCENARIOS DE PARTICIPACION SOCIAL Y COMO ACCEDER A LOS MECANISMOS DE ESCUCHA.
-CON EL PAGO OPORTUNO DE LOS SERVICIOS Y DERIVADOS DE MI CONDICION DE ASEGURAMIENTO
-CON EL CUIDADO DE LOS RECURSOS FISICOS Y MATERIALES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD.
A RESPETAR
-LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y LOS PROFESIONALES DE SALUD QUE ME ATENDERAN
-SI DESEO O NO , RECIBIR TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO ORDENADO POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD.
-MORIR CON DIGNIDAD
A RECIBIR :
-INFORMACION , CAPACITACION Y EDUCACION EN TEMAS DE SALUD
-UNA ATENCION SEGURA,INTEGRAL,OPORTUNA Y EFICIENTE DE ACUERDO A MI CONDICION DE SALUD,GENERO Y EDAD
-UN TRATO DIGNO;RESPETANDO MI RELIGION , COSTUMBRES Y CREENCIAS
-MANEJO CONFIDENCIAL DE MI CONDICION DE SALUD Y DE LO CONSIGNADO EN MI HISTORIA CLINICA.
-APOYO ESPIRITUAL Y/O EMOCIONAL ,CUANDO SIENTA QUE LO REQUIERA.
-CONSULTA DE SEGUNDA OPINION EN CASOS ESPECIALES
-ATENCION EN SALUD QUE RESPETE MI PRIVACIDAD
DEBERES :
A INFORMAR
- MIS ANTECEDENTES EN SALUD , ENTORNO FAMILIAR Y HÁBITAT U OTRA SITUACION ASOCIADA A MI SITUACION ETNICA
-SI ACEPTO O RECHAZO EL TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO DE SALUD ORDENADO POR EL PROFESIONAL.
-SOBRE SITUACIONES IRREGULARES QUE EVIDENCIE EN LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD.
A CUMPLIR :
-PUNTUALMENTE CON LAS CITAS ASIGNADAS POR LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y PRESENTARME EN ADECUADAS CONDICIONES DE ASEO.
-CON EL TRATAMIENTO Y LAS INDICACIONES Y RECOMENDACIONES ORDENADAS POR EL EQUIPO DE SALUD.
-CON EL PAGO OPORTUNO DE LOS SERVICIOS Y DERIVADOS DE MI CONDICION DE ASEGURAMIENTO
-CON EL CUIDADO DE LOS RECURSOS FISICOS Y MATERIALES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD.
A RESPETAR
-LOS PRINCIPIOS , VALORES Y OBJETIVOS QUE PROMULGA LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD.
-AL PERSONAL DE SALUD Y A LA COMUNIDAD USUARIA DE LOS SERVICIOS.
-LAS CONDICIONES DE RAZA, GENERO Y CULTO DE LOS COLABORADORES DE LA UNIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD, USUARIOS , SUS FAMILIAS Y LA COMUNIDAD

RECOMENDACIONES

900959048
CL 9 39 46

ARHScIxFoPdf2
Pag: 20 de 20
Fecha: 07/03/25
G.etareo: 15
35323857

HISTORIA CLINICA No. CC 35323857 -- LUZ STELLA TIBABUSO SONSA
Empresa: CAPITAL SALUD -AMBULATORIO **Afiliado:** SUBSIDIADO NIVEL 1
Fec. Nacimiento: 18/03/1957 **Edad actual:**67 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** A+ **Estado Civil:** Viudo(a)
Teléfono: 2936790 **Dirección:** CL 2 87 H 12
Barrio: KENNEDY **Departamento:** BOGOTA D.C.
Municipio: BOGOTA D.C. **Ocupación:** NO APLICA
Etnia: NINGUNO **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo:NO DEFINIDO **Atención Especial:** NO APLICA
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO APLICA

OBSERVACION EVOLUCION ENFERMERIA :

FORMULA MEDICA

Cantidad	Dosis	Esquema	Descripción	Via	Frecuencia	Obs.
90,00	1,00	TABLETA	OMEPRAZOL 20MG TABLETA 20mg	ORAL	24 Horas	NUEVO
4,00	1,00	AMPOLLA	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 20MG/ML SOLUCIONNTRAMUSCULAR		24 Horas	NUEVO
90,00	1,00	TABLETA	ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG TABLETA 100mg	ORAL	24 Horas	NUEVO
180,00	1,00	TABLETA	LOSARTAN 50MG TABLETA 50mg	ORAL	12 Horas	NUEVO
28,00	1,00	TABLETA	CEFALEXINA 500MG TABLETA 500mg	ORAL	6 Horas	NUEVO
90,00	1,00	TABLETA	ACETAMINOFEN 500MG TABLETA 500mg	ORAL	24 Horas	NUEVO

LEIDY JOHANA PLATA GOMEZ
Reg. 1082987039
MEDICINA GENERAL