

Información básica del paciente y la atención

Plan: POS

Luz Mery Hoyos Mejia

Identificación
CC 1144150035

Fecha de nacimiento
31-01-1991

Edad
30 años(Adultez)

Sexo
Femenino

Tipo de afiliación

POS

Teléfono fijo

9090909

Estado civil

Escolaridad

Departamento

ANTIOQUIA

Otro teléfono fijo

3174122243

Ocupación

ANALISTA CONTABLE

Raza

Municipio

MEDELLIN

Identidad de género

Dirección

CRA 50 # 55- 56

Correo electrónico

luzme2114@hotmail.com

Grupo Poblacional

Responsable

Nombre responsable

RAFAEL HOYOS

Parentesco

Padre

Antecedentes Patológicos

Patología	Presenta	Patología	Presenta
Hipertensión arterial	No	Trastorno Osteomuscular	No
Diabetes mellitus	No	Neumopatía Laboral	No
Enfermedad isquémica del corazón	No	Insuficiencia Venosa Periférica	No
Trastorno de la Coagulación	No	Obesidad	No
Cáncer	No	Enfermedad Cerebrovascular	No
Insuficiencia renal crónica	No	Dislipidemia	No
Asma	No	Enfermedades Cardiovasculares	No
EPOC	No	Artritis Reumatoidea	No
Enfermedad tiroidea	No	Sobrepeso	No
Trastorno del tracto digestivo	No	Síndrome De Intolerancia A Los Hidratos De Carbono	No
Epilepsia	No	Enfermedad Vascular Periférica	No
Trastorno psiquiátrico	No	Aneurisma	No
VIH	No	enfermedad renal crónica	No

Antecedentes Alérgicos

No relata alergias

Antecedentes quirúrgicos

Procedimiento
rinoplastia

Antecedentes ginecobstétricos

Menarca	12 año(s)	FUM (Fecha de última menstruación)	15-07-2020
Duración del ciclo menstrual	5 Dias	Frecuencia del ciclo menstrual	28 Dias
Ciclo menstrual	Regular		
¿Planifica?: Si			
Métodos de planificación:	Anticonceptivo oral		
Fecha última citología	12-05-2017	Resultado citología	Normal

Información de embarazos previos

Número de embarazos previos 0

Información del embarazo actual

Esta embarazada No

Antecedentes familiares

Patología	Parentesco	Patología	Parentesco
Hipertensión Arterial	Padre	Hipertensión Arterial	Abuelos

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida? No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses? No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco ¿Fumador pasivo?: No

Consumo de Alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos? No

¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber? No

¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber? No

¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior? No

Clasificación Bebedor social

Sustancias psicoactivas ¿Consume sustancias psicoactivas?: No

Hábitos (Actividad física) ¿Realiza actividad física?: No

Otros hábitos Otros hábitos y estilos de vida: Recuento de 24 horas: D: 1 vaso de bienestarina con dos huevos, dos cdas de leche en polvo y un pan. M/M: No. A: 1 plato de caldo de pescado con papa y zanahoria, medio pocillo de jugo de guayaba. M/T: 1 vaso de bienestarina con un huevo, tres cdas de proteína de megaplex. 1 bola de helado. C: Un licuado de corazones de pollo con habichuelas y una papa, un cuarto de taza de jugo de guayaba. R: No. Refiere "Trato de prepararme todos los días las preparaciones que me mando y me tomo dos veces en el día, no tomo mas por que el cuerpo no meda".

Examen físico

Medidas Antropométricas Talla: 164 cm

Análisis y plan

Información gestión covid

Fecha de inicio de gestión 25-09-2021

Estado En progreso

Número de días 1

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? Si

Seguimiento COVID-19

Fecha seguimiento	Asintomático	Fiebre > 38	Tos	Dificultad respiratoria	Odinofagia	Fatiga/adinamia	Somnolencia o deterioro de la conciencia	Vómito intratable y diarrea con deshidratación	Expectoración o hemoptisis	Alteración gusto	Alteración olfato	Hipotermia (mayor 60 Años)	Anorexia (mayor 60 Años)	Mialgias (mayor 60 Años)	Cefalea (mayor 60 Años)	Síntomas cardiovasculares (mayor 60 Años)
16-07-2020 13:11	No	No	No	No	Si	Si	No	No	No	No	No	No	Si	No	No	No

Fecha seguimiento	Asintomático	Fiebre > 38	Tos	Dificultad respiratoria	Odinofagia	Fatiga/adinamia	Somnolencia o deterioro de la conciencia	Vómito intratable y diarrea con deshidratación	Expectoración o hemoptisis	Alteración gusto	Alteración olfato	Hipotermia (mayor 60 Años)	Anorexia (mayor 60 Años)	Mialgias (mayor 60 Años)	Cefalea (mayor 60 Años)	Síntomas cardiovasculares (mayor 60 Años)
27-07-2020 19:29	Si	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Fecha seguimiento	Asintomático	Fiebre > 38	Tos	Dificultad respiratoria	Odinofagia	Fatiga/adinamia	Somnolencia o deterioro de la conciencia	Vómito intratable y diarrea con deshidratación	Expectoración o hemoptisis	Alteración gusto	Alteración olfato	Hipotermia (mayor 60 Años)	Anorexia (mayor 60 Años)	Mialgias (mayor 60 Años)	Cefalea (mayor 60 Años)	Síntomas cardiovasculares (mayor 60 Años)
28-07-2020 17:48	Si	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Fecha seguimiento	Asintomático	Fiebre > 38	Tos	Dificultad respiratoria	Odinofagia	Fatiga/adinamia	Somnolencia o deterioro de la conciencia	Vómito intratable y diarrea con deshidratación	Expectoración o hemoptisis	Alteración gusto	Alteración olfato	Hipotermia (mayor 60 Años)	Anorexia (mayor 60 Años)	Mialgias (mayor 60 Años)	Cefalea (mayor 60 Años)	Síntomas cardiovasculares (mayor 60 Años)
25-09-2021 16:55	No	Si	No	No	Si	Si	No	No	No	No	No	No	No	Si	No	No
Fecha seguimiento	Asintomático	Fiebre > 38	Tos	Dificultad respiratoria	Odinofagia	Fatiga/adinamia	Somnolencia o deterioro de la conciencia	Vómito intratable y diarrea con deshidratación	Expectoración o hemoptisis	Alteración gusto	Alteración olfato	Hipotermia (mayor 60 Años)	Anorexia (mayor 60 Años)	Mialgias (mayor 60 Años)	Cefalea (mayor 60 Años)	Síntomas cardiovasculares (mayor 60 Años)
26-09-2021 17:07	No	Si	Si	Si	No	Si	No	Si	No	No	No	No	No	No	No	No

Información COVID-19

¿Ha recibido vacuna contra el COVID - 19?	Si	¿Vacuna y dosis aplicada?	Vacuna Covid-19 Pai Sinovac - Primera Dosis
¿Se encuentra en este momento en aislamiento?	Si	Administradora de planes de beneficios	EPS010-SURA E.P.S CONTRIBUTIVO
Nacionalidad del paciente	170 - COLOMBIA	Municipio y departamento de ocurrencia	SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA
Área de ocurrencia del caso	Cabecera municipal	Barrio de ocurrencia del caso	VEGAS COMFANDI
Fecha de nacimiento	31-01-1991	¿La dirección actual es la misma dirección de residencia?	Si
Dirección de ubicación actual	CRA 50 # 55- 56	¿El viaje fue en el territorio nacional?	No
¿El viaje fue internacional?	No	¿El paciente es trabajador de institución de Salud?	No
Tipo de contacto	Origen desconocido	Clasificación COVID-19 inicial	COVID-19 - Caso 2
Clasificación COVID-19 actual	COVID-19 - Caso 2	Direccionamiento	Seguimiento virtual
¿Requiere seguimiento?	Si	Próximo seguimiento	28-09-2021 17:07
¿Tuvo contacto estrecho en los últimos 14 días con un caso probable o confirmado con infección respiratoria aguda grave por virus nuevo?	No	Fecha inicio de síntomas	23-09-2021
Subnivel de prioridad de gestión	15	Nivel de prioridad de gestión	Prioridad 4
¿Tiene factores de riesgo?	No	Interpretación caso COVID	Sospechoso
¿Requirió hospitalización?	No requirió	Vacuna influenza estacional vigente	No
Vacuna Neumococo	No	¿Uso antibiótico en la última semana?	No
¿Usó antivirales la última semana?	No	¿Ha fumado en los últimos 6 meses?	No
¿Uso actual de quimioterapia o inmunopresores?	No	¿Embarazo?	No
¿El usuario autoriza que realicemos autogestión por un medio virtual?	Si	Whatsapp	Si
Otro Telefono	3174122243	Correo electrónico	Si
Correo principal	luzme2114@hotmail.com	Formulario desde mensaje de texto (necesita internet)	Si
Llamada telefónica por robot	No		

Notas de análisis y plan: Me presento como médico parte del equipo COVID CAMBIO SÍNTOMAS SEVEROS explico al paciente que accederá a un servicio de tele orientación en salud a través del cual se estudiarán de forma telefónica los síntomas que reporte, se establecerán recomendaciones y tratamiento a seguir, en la medida en que sea posible desde la llamada telefónica. En ningún caso este servicio reemplaza la atención médica presencial, y tiene las restricciones propias del medio, por lo cual es posible que tras el análisis se recomiende acudir a un servicio presencial, paciente refiere entender y aceptar

Paciente de 30 años con antecedente de Reflujo gastroesofágico por hipersensibilidad esofágica por trastorno de sensibilidad somatomorfo, Peso 41 Talla 164, con 1 dosis de Sinovac para SARSCOV2, el inicio de julio/2021, clasificado como caso 2 de origen desconocido, con fecha de inicio de síntomas el 23/9/2021, con orden de prueba de antígenos del 25/9/21, que no se ha tomado porque quería domiciliaria se explican los requerimientos de Sura para toma domiciliaria y que no aplica para este proceso, paciente refiere que mañana se la toma, hoy día 4/10 de inicio de síntomas paciente refiere emesis X6, ayer, fiebre persistente, se automedico dipirona intramuscular que asocia a intolerancia agastrica no al virus, escalofríos, mialgias, opresión torácica disnea de medianos esfuerzos, T37.4 Sat 98 Fc 94 astenia adinamia en tratamiento con Acetaminofén, pax día pax noche y noxpirin cada 8 horas que suspendió ayer no nuevos episodios de emesis con automedicación de micronebulizaciones con solución salina y diclofenaco, indico no micronebulizaciones por generación de aerosoles, paciente tiene salbutamol se deja 2puff c/8 horas, sales de rehidratación oral, acetaminofen si la disnea perpetua valoración presencial Se considera paciente con sospecha de infección leve por SARSCOV2, con signos de bandera roja, emesis #6 y disnea progresiva, continúa en seguimiento virtual, cumple aislamiento, terminación de aislamiento hasta el 2/10/2021, se indica diligenciar de cerco epidemiológico se entregan recomendaciones y signos de alarma.

Se informa acerca de los diferentes canales de atención en caso de requerirlo. Se dan recomendaciones y signos de alarma. Como: fiebre > 38°C que no remite, falta de aire o dificultad para respirar, confusión o somnolencia, episodios eméticos o diarreicos que no remiten, expectoración o hemoptisis, empeoramiento de los síntomas actuales. Se explica que el seguimiento va a ser vía WhatsApp y de manera telefónica o en caso de requerir, consultar con su IPS

Diagnóstico principal	Tipo de diagnóstico
U072-COVID-19 (virus no identificado)	Impresión diagnóstica
Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico
Z208-CONTACTO CON Y EXPOSICIÓN A OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	Impresión diagnóstica
Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico
Z290-AISLAMIENTO	Impresión diagnóstica
Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico
Z017-EXAMEN DE LABORATORIO	Impresión diagnóstica
Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico
Z038-OBSERVACIÓN POR SOSPECHA DE OTRAS ENFERMEDADES Y AFECCIONES	Impresión diagnóstica

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general	Finalidad de la consulta	No aplica
---------------	--------------------	--------------------------	-----------

Conducta final

Prescripción de medicamentos

Código	Tipo	Nombre	Posología	Cantidad
1110	pos	SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL 20,5 G POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCIÓN ORAL	1 SOBRES cada 12 Horas durante 1 Días	2
114062	pos	BROMURO DE IPRATROPIO 20 MCG AEROSOL X 200 DOSIS	2 PUFF (DISPARO) cada 6 Horas durante 5 Días	1
16137	pos	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA	1 TABLETAS cada 6 Horas durante 5 Días	20

Ayudas diagnósticas

Remisión

Recomendaciones

Se entregamos algunas recomendaciones que te servirán para manejar y prevenir infecciones virales como el COVID-19 y evitar su propagación: 1. Lávate las manos frecuentemente con agua y jabón o utiliza un desinfectante de manos a base de alcohol. 2. Adopta medidas de higiene respiratoria: Al toser o estornudar, cubrete la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo; si usas un pañuelo descartalo inmediatamente y lavate las manos con agua y jabón o utiliza un desinfectante de manos a base de alcohol. Si al estornudar o toser te cubres con las manos puedes contaminar los objetos o las personas que toques. 3. El distanciamiento social: Mantén al menos 2 metros de distancia con las demás personas, particularmente aquellas que tosan, estornuden y tengan fiebre. Evita compartir artículos de uso personal (teléfonos, computadores, llaves, lapiceros, entre otros). 4. Evita tocar los ojos, la nariz y la boca. INFORMATE en fuentes confiables: Ministerio de salud, OMS. LIMPIA Y DESCONTAMINA objetos y superficies. VENTILA tu casa y las áreas de trabajo cada vez que sea posible. RECUERDA registrarte en la aplicación CoronApp

En SURA nos preocupa tu salud, procura permanecer en casa esta temporada de EMERGENCIA SANITARIA. Si tienes dudas sobre el COVID 19 puedes contactarnos:
EPS SURA: línea nacional 018000519519 Opción 1-3, en Medellín 448 61 15 opción 3 o escribir al WhatsApp 3024546329 o 317 518 02 37. PÓLIZA: 01 8000 51 8888 Celular: #888 Opción 0.
Recuerda que estos canales están habilitados en caso de aparición de nuevos síntomas o reactivación de los ya existentes, o descarga la APP de SEGUROS SURA y eliges atención virtual en salud.

Para EPS SURA cuidarte es nuestro propósito. Ahora que estás en proceso de diagnóstico de COVID-19, queremos acompañarte de manera oportuna y con la atención adecuada para ti y las personas de tu entorno. Te recomendamos diligenciar la encuesta que encontrarás en el enlace a continuación. La información que nos brindes será confidencial. Copia y pega el enlace en tu buscador de internet para acceder a la encuesta: <https://www.omnivida.org/blank-page-2>. Recuerda que con tu reporte nos estás ayudando a cuidar a otros.

Recomendaciones Te enviamos estos ejercicios de respiración e información que te será muy útil en este proceso. Para esto, copia y pega estos enlaces en tu buscador: Ejercicios de respiración: <https://www.youtube.com/watch?v=Dp1ESLwLWjk> Cartilla educativa: <https://comunicaciones.segurossura.com.co/MercadeoComunicacionesExternas/actuar-bien-te-hace-bien-pieza-1.pdf> Acompañamiento sura en el seguimiento COVID-19: <https://comunicaciones.segurossura.com.co/MercadeoPersonas/recursos/SEGUROS/Info-SospechosooConfirmadoCovid.pdf>

En Caso de síntomas son leves, puedes contactarnos por nuestros canales de atención virtual. Si tus síntomas no mejoran, empeoran o presentas síntomas de alarma (ver abajo), consulta al servicio de Urgencias más cercano. Fiebre cuantificada (mayor o igual a 38 grados) por más de dos días Sensación de dificultad para respirar. Respiración más rápida de lo normal. Decaimiento del estado general en forma rápida. Somnolencia o dificultad para despertar. Si el pecho te suena o te duele al respirar. Si los labios o los dedos se ponen morados o azules

Información del profesional

TATIANA TENGONOFF GUEVARA

CC 52693652

MEDICO GESTOR RCV - RE

Registro 05 1972 2005