

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

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

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

Clasificación Bebedor social

Sustancias psicoactivas ¿Consuma 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 cda 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 cda 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

Número de días 0

Estado En progreso

Nueva gestión Si

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

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	27-09-2021 16:55
¿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 inmunodepresores?	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 IDENTIFICO COMO MÉDICO GENERAL DE ORIENTACIÓN VIRTUAL PARA COVID- 19, SE INFORMA QUE SE 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 ENTIENDE Y ACEPTA PROCEDER MEDIANTE ESTA ATENCIÓN.

PACIENTE DE 30 AÑOS DE EDAD QUE RESIDE EN CALI BARRIO VEGAS DE COMFANDI DIRECCION CRA 50 # 55- 56 ME COMUNICO AL CELULAR 3174122243

PACIENTE SIN ANTECEDENTES DE RELEVANCIA CON CUADRO CLINICO DE 3 DIAS, CONSISTENTE EN ODINOFAGIA, FATIGA, ADINAMIA, MIALGIAS Y ALZAS TERMICAS CUANTIFICADAS EN 38, NIEGA DIFICULTAD RESPIRATORIA, NIEGA DOLOR TORACICO, NIEGA ALTERACIONES GASTROINTESTINALES, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA. NIEGA CONTACTO ESTRECHO CON PERSONA SOSPECHOSA O POSITIVA PARA COVID 19. EN EL MOMENTO PACIENTE CUMPLE CON CRITERIOS PARA CASO 2 SOSPECHOSO SEGUN GUIA INSTITUCIONAL ACTUALIZADA, SE INDICA TOMA DE PRUEBA PRUEBA ANTIGENICA, NO QUIERE INCAPACIDAD MEDICA, SE INDICA AISLAMIENTO SOCIAL OBLIGATORIO. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA COMO: FIEBRE > 38 QUE NO REMITE, FALTA DE AIRE O DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONFUSIÓN O SOMNOLENCIA, EPISODIOS EMÉTICOS O DIARRÉICOS QUE NO REMITEN, EXpectoración o HEMOPTISIS, EMPEORAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS. SE RECOMIENDA DORMIR SOLO EN UNA HABITACIÓN, DESINFECTAR TODO LO QUE SE TOCA, DESINFECTAR EL BAÑO CON AGUA CON LÍMPIDO, USAR TAPABOCAS EN LAS ÁREAS COMUNES DE LA CASA PARA EVITAR QUE LAS GOTICAS DE SALIVA CAIGAN EN LAS SUPERFICIES, GUARDAR UNA DISTANCIA DE DOS METROS CON LAS OTRAS PERSONAS. DEBE MANTENERSE MUY BIEN HIDRATADO. NO SE RECOMIENDA AUTOMEDICARSE ANTIBIÓTICOS, DESPARASITARIOS O ESTEROIDES. SE CONFIRMA CORREO ELECTRÓNICO PARA ENVIAR INFORMACIÓN Y SE EXPLICA QUE EL SEGUIMIENTO VA A SER VÍA WHATSAPP Y DE MANERA TELEFÓNICA. PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Notas de expectativas y metas **Notas de expectativas y metas:** ORDENES MEDICAS:

1. TOMA DE PRUEBA ANTIGENICA
- 2 AISLAMIENTO SOCIAL OBLIGATRIO

GRACIAS!

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

Causa externa y finalidad

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

Conducta final

Prescripción de medicamentos

Ayudas diagnósticas

Código	Tipo	Nombre	Cantidad
906340	pos	PRUEBA PARA LA DETECCION DE ANTIGENO SARS COV2 (COVID-19) (TOMA MUESTRA, TRASLADO Y PROCESAMIENTO)	1

Remisión

Recomendaciones

Te 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: Manten 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 tocarte 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

LINK TOMA DE PRUEBA
<https://comunicaciones.segurossura.com.co/MercadeoPersonas/MAILS/7-DirectorioCompletoSedes-ago24.pdf>

Información del profesional

LAURA AGUILAR BRUNO

CC 1143847770

MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

Registro 1143847770