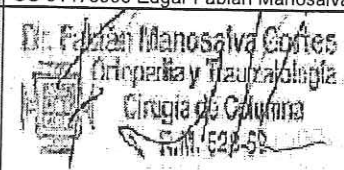


NOTAS DE EVOLUCION			
Paciente	WILLINGTON MOSQUERA MORENO	NroIdentificación	71257195
AtenciónID	294906	FechaNacimiento	05/08/1984 12:00:00 a. m.
EDAD	31 Años	Dirección	BARRIO 20 DE JULIO
Telefono	3148950611 - 3003865943	NroIngreso	294906
Diagnostico	M512	Aseguradora	321 - NUEVA EPS EVENTO AMBULATORIO 2015
FechaIngreso	12/08/2015 9:38:51 a. m.	Ubicación	Consulta Externa
GeneralID	M	Especialidad	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Sede	Fundación Clínica del Norte	DatosSede	Avenida 38 diag 59-50 - Teléfono: 448 12 70 Antioquia - Bello

Fecha	26/08/2015
Dx Principal	M512
Dx Relacionado 3	
Dx Relacionado 4	
Evolución	ortopedia cirugía de columna edad 31 años paciente conocido por discopatía evaluado por psicología y psiquiatría quienes consideran es un trastorno adaptativo no somatización o sobredimensiones refiere dolor lumbar irradiado tomografía con espondilosis leve y discopatía elmg y vc dr bernardo hoyos 5 de agosto de 2015 normal diagnostico discoapita lumbar trastorno adaptativo plan cita para staff de columna se lleva concepto este paciente debe ser reubicado en forma indefinida no realizar actividades pesadas ni movimientos de flexoextension repetitivos y permitir pausas activas de por vida ya fue calificado en bogota por la arl
Finalidad	No aplica
Conducta a seguir	medicina laboral junta medica staff de columna
Tipo Hospitalización	Ambulatorio
Funcionario	CC 91475900 Edgar Fabian Manosalva Cortes Reg.52858 - Especialidad. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Firma	 Dr. Fabian Manosalva Cortes Ortopedia y Traumatología Cirugía de Columna R.M. 528-58



ATENCIÓN DE URGENCIAS

A- IDENTIFICACIÓN

Mosquera			Menes			Williamson			
Primer Apellido			Segundo Apellido (o de casada)			Nombres Completos			
EDAD			SEXO		ESTADO CIVIL		DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
Años Meses Días			☒ H ☐ M ☐ I		☒ SOLTERO ☐ CASADO ☐ C.C. ☐ R.C. ☐ T.I. ☐ PAS ☐ NUIP		7125+195		
FECHA DE NACIMIENTO			OCUPACION		LUGAR TRABAJO		Teléfono Trabajo		
Día Mes Año									
DIRECCION RESIDENCIA			Barrio		Municipio		Departamento		Teléfono Residencia
AFILIACIÓN									
CONTRIBUTIVO ☐ SUBSIDIADO ☐ VINCULADO ☐ SOAT ☐ PARTICULAR ☐ OTRO ☐ EPS - ARS - ARP									
COMPAÑANTE DEL PACIENTE									
Nombre: Salas									
Teléfono									
PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE									
Nombre: Parentesco: Teléfono									
TIEMPO DE LLEGADA A URGENCIAS:									
HORA: 16 MES: 06 AÑO: 09									
ORA: 15:40 a.m. ☐ p.m. ☒									
LLEGA: CAMINANDO ☒ EN CAMILLA ☐ CARGADO ☐ EL PACIENTE CONCIENTE ☒ INCONCIENTE ☐ MUERTO ☐									
OTRO ☐ CUAL:									

TRIAGE

SIGNOS VITALES A LA LLEGADA (Por auxiliar de enfermería)		CLASIFICACIÓN DE TRIAGE	
RESIÓN ART: 120/70 mm Hg. PULSO: 70x TEMP: 36°C FREC. RESP: 16x PESO: Kg.		I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐	

-ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO

1° ANAMNESIS:	
ANTECEDENTES ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON ESTA URGENCIA	
HORA DE INICIO DE LA CONSULTA: 15:15 MEDICO TRATANTE:	
C.:	"Me acordate esta mañana"
A.:	5 h de dolor en la parte posterior del abdomen, no se pudo controlar con analgésicos.
S.:	(-)
P.:	Patológicos: (-) Quirúrgicos: (-) Alérgicos: (-) Tóxicos: (-) Traumáticos: (-) Otros: (-)
S.O.:	(-)
S.:	(-)

EXAMEN FISICO:

1- SIGNOS VITALES, 2-EXAMEN GENERAL, 3-EXAMEN ESPECIFICO RELACIONADO CON ESTA URGENCIA

APARIENCIA
GENERAL:

Bueno Condición general

SIGNOS

PRESION
ARTERIAL

120/80 mm HG

PULSO: 80 x'

TEMPERATURA

36.6 °C

FRECUENCIA
RESPIRATORIA

20 x'

VITALES:

PESO:

Kg.

TALLA:

cm.

I.M.C:

CABEZA Y CUELLO

Normal

OROFARINGEAL

Normal

ABDOMEN

Normal

GENITOURINARIO

No se evalúa

EXTREMIDADES

Pieseta, Perna a nivel de Rodilla
229 con capon (-). bostezo (-). Dolor leve
a los movimientos pasivos y activos.

NEUROLOGICO

Normal

GLASGOW

E.O.: 14

R.V.: 15

R.M.: 16

TOTAL: 15

OTROS

D-IMPRESION DIAGNOSTICA Y RELACIONADOS

1- trauma de Rodilla

Código CIE-10

S800

2- Código CIE-10

3- Código CIE-10

4- Código CIE-10

E-PARACLINICOS Y PROCEDIMIENTOS ORDENADOS

- ① Dexametazona 2g en 100 cc 5-5
 ② Dexametazona 75mg IM.

F- EVOLUCION

Paciente que se encuentra estable y en
 observación en sala de espera.
 Se le indica que se encuentre en sala de
 espera y se le indica que se encuentre en sala de
 espera.

G- CONDUCTA FINAL EN URGENCIAS

1- Fluoroscopia 4000000

3-

2- Trazar 1 lab cada 2h

4-

H- INCAPACIDAD

DÍAS

En Número:

En Letras:

H- FIRMA, CODIGO Y SELLO DEL MEDICO RESPONSABLE

I- FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA FACTURADOR

FIRMA

CODIGO Y SELLO MEDICO

FIRMA Y DOCUMENTO ID.

FIRMA



ESE HOSPITAL
FRANCISCO LUIS
JIMENEZ MARTINEZ
Carepa, Antioquia

ATENCIÓN DE URGENCIAS

"Unidos Por la Calidad"

VERSIÓN : 2009

PAGINAS 1 DE 4

CÓDIGO: GI-AA-PAC-001-F10

Proceso: PR-M-AA-001 Planeación de la Atención Asistencial

Procedimiento: PD-AA-PAC-002
Planeación de la Atención, Cuidado y Tto.

Fecha de Actualización:
10 de Mayo de 2009

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES

Williamson

EDAD

31.2.27.1978

PRIMER APELLIDO

Mosquera

SEGUNDO APELLIDO

Mosquera

No DOCUMENTO IDENTIDAD

NOMBRE ACOMPAÑANTE

PARENTESCO

Ocupación

TIPO DOCUMENTO

C.C. ☒ T.I. ☐ R.C. ☐ OTRO ☐

EPS

EPS Positiva

TIPO DE CONSULTA

EG ☒ A. TRABAJO ☐ A. TRANSITO ☐

FECHA DE NACIMIENTO

DÍA MES AÑO

05 02 1978

BARRIO / DIRECCIÓN

TELÉFONO

PRIORIDAD

I ☒ II ☐ III ☐ IV ☐

HORA DE LLEGADA A URGENCIAS:

7:07 a.m. ☐ p.m. ☐

FECHA DE LA ATENCIÓN

DÍA MES AÑO

10 06 12

HORA DE LA ATENCIÓN POR MEDICO

17:00 a.m. ☐ p.m. ☐

M.C.

Tengo dolor en la cadera

E.A.

Presenta dolor en la cadera, desde la mañana, en la región lumbar, de su doble cadera, desde la mañana, en la región lumbar, desde la mañana, en la región lumbar.

RXS

A.P.

PATOLÓGICOS

QUIRÚRGICAS

ALÉRGICOS

TRAUMÁTICOS

OTROS

H.G.O.

MENARQUÍA

FUM: D: M A G P A C V

A.F.

Niño

E.F.

APARIENCIA GENERAL

Algo

SIGNOS VITALES:

PA 10/72 FC 72 To 37.5 P 72 FR 20
PESO Kg TALLA cm IMC

VALORACIÓN FÍSICA:

CABEZA Y CUELLO

Ccc 1 Juimoca Falo

CARDIOPULMONAR

R S R Sin soplo

ABDOMEN

ND Masas 160 mgulos

GENITOURINARIO

Penis dcho. A nivel lumbar
Placental da moderada intensidad

EXTREMIDADES

Bin

NEUROLÓGICO

Bin

GLASGOW

AO

9 / 4

RV

5 / 5

RM

6 / 6

TOTAL

15 / 15

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA DE INGRESO

1. _____
2. _____
3. _____

CIE-10

CIE-10

CIE-10

PROCEDIMIENTOS ORDENADOS:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

CRISTOBAL OCAMPO A. I.
MÉDICO CIRUJANO
UNIVERSIDAD DE HUATULCAN
2016-2017

REPORTE DE PARACLÍNICOS:

EVOLUCIÓN:

Paciente Sa la da
Famula medica. y
alta de incapacidad
por 3 dias

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA DE EGRESO

1. _____
2. M545
3. _____

CIE- 10 _____

CIE- 10 _____

CIE- 10 _____

CONDUCTA FINAL :

1. Salida
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

CRISTOBAL OCAMPO A.
MEDICO CIRUJANO
5.6.2012

INCAPACIDAD:SI ☒NO ☐**FECHA DE INICIO** 06/06/12**FECHA DE TERMINACIÓN**06/06/12**DÍAS**EN NUMERO 031EN LETRAS Tres**NOMBRE, FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL MEDICO**

NOMBRE

FIRMA, REGISTRO Y SELLO.

FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE O FIRMA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD.

Línea segura ARP
Positiva compañía de seguros
Bogotá 3307000
Resto del país al 8000 111170

INFORME PARA PRESUNTO
ACCIDENTE DE TRABAJO DEL
EMPLEADOR O CONTRATANTE

Elaborado el: 20/06/2012
Id Fictal: -
Fecha de impresión: 20/06/2012
Número de radicación: 416864



Diligenciado Por:
Contacto Centro: LÓPEZ IDRIKES CAKOLINA
AFP:
BBVA HORIZONTE

EPS:
SOLSAUD E.P.S. S.A.
ARP:
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A./ARP

No documento :	Tipo de Doc :	Tipo de vinculación :	Nombre o razón social :
890930060	N	Empleador	AGRICOLA SANTA MARIA S.A
Dirección sede principal :		Teléfono Reportado :	
CARRERA 100 N 88-25		8282386	
Actividad económica (Sede principal) :			
EMPRESAS DEDICADAS A LA PRODUCCION ESPECIALIZADA DE BANANO			
Teléfono :	Fax :	E-mail :	Departamento :
			ANTIOQUIA
Son los datos del C.T. los mismos de la sede principal?		Dirección del centro de trabajo :	
Si		CARRERA 100 N 88-25	
Actividad económica (Sede del centro de trabajo) :			
EMPRESAS DEDICADAS A LA PRODUCCION ESPECIALIZADA DE BANANO			
Teléfono :	Fax :	E-mail :	Departamento :
8282386	2301522		ANTIOQUIA
		Municipio :	APARTADO
		Zona :	U

No documento :	Tipo de Doc :	Fecha de nacimiento :	Sexo :	Tipo de vinculación :
71257195	C	05/08/1984	M	Planta
Primer apellido :	Segundo apellido :	Primer nombre :	Segundo nombre :	
MOSQUERA	MORENO	WILLINGTON		
Dirección :	Teléfono :	Fax :	Departamento :	
BARRIO GAITAN	3148950611		ANTIOQUIA	
Municipio :	Zona :	Ocupación :		
CAREPA	U	OTRAS OCUPACIONES		
Código :	Fecha de ingreso a la empresa :	Salario mensual :	Jornada Habitual :	
9999	02/06/2010	780000	Diurna	

Fecha del accidente :	Hora del accidente :	Día de la semana :	Jornada en que sucede :
19/06/2012	15:30	Martes	Normal
Realiza su labor :	Ocupación no habitual :	Tiempo laborado :	Lugar donde ocurrió el AT :
Si		08:00	Dentro de la empresa
Mecanismo o forma del AT :	Tipo de lesión :	Síto :	Tipo de accidente :
Caida de personas	Golpe o contusión o aplastamiento		Propios del trabajo
Parte del cuerpo afectada :	Agente del accidente :	Áreas de producción	Municipio :
Tronco (incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis)	Ambiente de trabajo (incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)	ANTIOQUIA	CAREPA
Zona AT :	Mortal :	Fecha mortal :	
R	No		

Descripción del AT :	
EL TRABAJADOR SE ENCONTRABA DESMANANDO, AL MOMENTO DE BAJAR EL VIAJE, DE REPENTE SE RESBALA EN LA RAMPLA DEL DESMANE, GOLPEANDOSE LA CINTURA GENERANDO DOLOR E INFLAMACION/CARGO: OFICIOS VARIOS/DIRE. ACC. COMUNAL, LA FINCA CORALINA CAREPA ANTIQUIA/FF.N.03-08-1984/FF.1 04-08-2008/SALARIO 780000	
Hubo personas que presenciaron el accidente? :	No
Testigo 1 :	Tipo Doc :
Testigo 2 :	Tipo Doc :
Responsable del informe :	Tipo Doc :
	Nº Documento :

EVELIN OZANO
C
43146954

Seccional : CALLCENTER

V2.0

53061202