

HISTORIA CLINICA GENERAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.: 3975 Registro No.: 23 Fecha: 12/04/2024 8:10:12
Registrado por: GABRIEL DARIO SERNA GOMEZ

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento: 18938042 Tipo de Identificación: Cédula de Ciudadanía Edad: 64 Años \ 9 Meses \ 1 Días
Nombres: FERNANDO ANTONIO RAMOS PAYARES
Sexo: Masculino Email: FERNANDORAMOSPAYARES@HOTMAIL.COM Estado Civil: Casado (A)
Historia de: HISTORIA CLINICA GENERAL Origen de la Consulta: GENERAL
Acompañante: Parentesco: Teléfono:
Grupo Poblacional: Vacío Pertenencia Étnica: Afrocolombiano Nivel Educativo:
Ocupacion: 004 COTIZANTE-SUSTITUTO PENSIONAL Fecha Ingreso al Programa: 12/04/2024 Discapacidad:
Causa Externa Enfermedad general Finalidad de Consulta No Aplica

Motivo de consulta

TENGO CONTROL

Enfermedad actual

PACIENTE MASCULINO DE 64 AÑOS , RESIDENTE Y PROCEDENTE EN AGUSTIN CODAZZI CESAR, DOCENTE, CASADO, QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ANTECEDENTE DE SINUSITIS CRONICA CON PERDIDA DEL OLFATO+DESVIACION DE TABIQUE NASAL+DISFONIA CRONICA DE VARIOS MESES DE EVOLUCION, MANEJADO POR OTORRINO EN ESPERA DE PROGRAMACION PARA CIRUGIA,POR LO CUAL CONSULTA EN EL DIA DE HOY

Revisión por sistemas

Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esferamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

EXAMEN FISICO

TA	120 / 80	FC	80	FR	18	Temperatura	36
Peso	68 Kg	Talla	1,6 m	IMC	26,5625		
Circunferencia cintura	0						

Impresión General

Cabeza/Cuello

ORL

SE OSBERVA DESVIACION DE TABIQUE NASAL CON PROCESO OBSTRUCTIVO QUE DIFICULTA LA PERMEABILIDAD Y ACCESO DEL AIRE

Cardiopulmonar

Abdomen

Genitourinario

Osteomuscular

Piel y Faneras

Neurológico

Extremidades

Esfera Mental

Taner

Signos de maltrato

Hernias

Criptorquidea

Agenesia

Tacto Rectal

Tacto Vaginal

Examen Testicular

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

Normal

Anormal

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnóstico	Tipo	Clase
	J329 - SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	Presuntivo	Impresión Diagnóstica
	J342 - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL	Presuntivo	Impresión Diagnóstica
	R490 - DISFONIA	Presuntivo	Impresión Diagnóstica
	J338 - OTROS POLIPOS DE LOS SENOS PARANASALES	Presuntivo	Impresión Diagnóstica

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

PACIENTE CON CICLO DE VIDA DE VEJEZ FAMILIA EN CONSOLIDACION , ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR PACIENTE CON DX SINUSITIS CRONICA CON PERDIDA DEL OLFATO+DESVIACION DE TABIQUE NASAL+DISFONIA CRONICA + VALORACION POR OTORRINO PLAN RECOMENDACIONES ASISITIR A LOS CONTROLES -NO TRASNOCHAR , NO TOMAR BEBIDAS OSCURAS NICHOCOLATES- MANTENER UNA BUNA RED DE APOYO CON SU FAMILIA -INTEGRAR AL PACIENTE EN LAS ACTIVIDADES BASICAS COTIDIANAS. SE EXPLICA LA HIGIENE DEL SUEÑO:AMBIENTE SERENO ,HABITACION OSCURA - INICIAR ACTIVIDAD RECREATIVA/DEPORTIVA -HABITOS DE VIDA SALUDABLE

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

Código Nombre	Cantidad	Posología
J01FA0930012 CLARITROMICINA X 500 MG TABLETA	30	TOMAR UNA CADA 8 HRS

Profesional: GABRIEL DARIO SERNA GOMEZ
T.P.: 5291 - MEDICO GENERAL

HISTORIA CLINICA GENERAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.: 3975 Registro No.: 22 Fecha: 15/03/2024 15:13:57
Registrado por: JACKLIN LISSETE ARAUJO ARRIETA

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento: 18938042 Tipo de Identificación: Cédula de Ciudadanía Edad: 64 Años \ 9 Meses \ 1 Días
Nombres: FERNANDO ANTONIO RAMOS PAYARES
Sexo: Masculino Email: FERNANDORAMOSPAYARES@HOTMAIL.COM Estado Civil: Casado (A)
Historia de: HISTORIA CLINICA GENERAL Origen de la Consulta: GENERAL
Acompañante: RAFAEL RAMOS Parentesco: HIJO - 3146246803 Teléfono: 3162742838
Grupo Poblacional: Vacío Pertenencia Étnica: Otras Etnias Nivel Educativo:
Ocupacion: 991 DOCENTES Fecha Ingreso al Programa: Discapacidad:
Causa Externa Enfermedad general Finalidad de Consulta Deteccion Enfermedad profesional

Motivo de consulta

CONTROL CON MEDICINA LABORAL

Enfermedad actual

DOCENTE CON 210 DIAS DE INCAPACIDAD INICIALMENTE POR LUMBAGO Y POSTERIORMENTE POR PARAPLEJÍA ESPASTICA TROPICAL, SE ENCUENTRA EN CONTROLES Y TRATAMIENTO CON NEUROCIURUGIA Y NEUROLOGIA; REFIERE QUE EL DOLOR LUMBAR HA CONTINUADO Y TAMBIEN HA PRESENTADO DOLOR EN TODA LA COLUMNA Y EN MIEMBROS INFERIORES ASOCIADO A PARESTESIAS EN MIEMBROS INFERIORES Y SENSACION DE ARDOR/QUEMAZON EN LOS PIES, CON PERDIDA DE FUERZA MUSCULAR DE MIEMBROS INFERIORES, ESTO LO HA LLEVADO PAULATINAMENTE A IR TENIENDO UNA MARCHA MAS LENTA Y CON INSEGURIDAD. SE REvisa CARTA REALIZADA POR EL RECTOR DEL COLEGIO A LA SECRETARIA DE EDUCACION DEL CESAR DEL DIA 15/09/2023 EN DONDE EL SEÑOR RECTOR MANIFIESTA EXPLICITAMENTE LO SIGUIENTE: " EL DOCENTE FERNANDO RAMOS REPORTA QUE LOS HECHOS QUE CAUSARON SU DETERIORO DE SALUD, OCURRIERON EL SABADO 26 DE AGOSTO, FECHA QUE NO CONCUERDA CON SU JORNADA LABORAL; NO HE EMITIDO AUTORIZACION ALGUNA, NI VERBAL, NI ESCRITA, PARA QUE EL DOCENTE FERNANDO RAMOS LABARARA EL SABADO 26 DE AGOSTO; NO FUI NOTIFICADO DE LA REUNION A LA QUE EL DOCENTE FERNANDO RAMOS EXPRESA HABER ASISTIDO EL DIA SABADO 26 DE AGOSTO; NO HE DELEGADO EN EL DOCENTE FERNANDO RAMOS LA REPRESENTACION INSTITUCIONAL PARA ASISTIR A REUNION ALGUNA CON LA JUNTA DE ACCION COMUNAL EL DIA SABADO 26 DE AGOSTO"; TAMBIEN SE RECIBE INFORME DE INVESTIGACION DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL 29/01/2024 QUE INDICA QUE EL EVENTO OCURRIO EL SABADO 26/08/2023 A LAS 10:30 AM EN UNA REUNION CON LA JUNTA DE ACCION COMUNAL DE LA SEDE BUENOS AIRES EN LA IE LAS FLORES, PARA DEFINIR LA VIGILANCIA DE LA MISMA DEBIDO A ROBOS SUFRIDOS PREVIAMENTE, COORDINANDO LA REALIZACION DE LA REUNION PROCEDIO A LEVANTAR UNA SILLA PARA LLEVARLAS AL SITIO DE LA REUNION SUFRIENDO DOLOR EN LA ESPALDA QUE LE IMPOSIBILITA CAMINAR. CONCLUSIONES: EN EL CASO DE ESTE ACCIDENTE SE PRESUME QUE ES ACCIDENTE DE ORIGEN LABORAL, TENIENDO EN CUENTA QUE EL SEÑOR FERNANDO RAMOS SE ENCONTRABA REALIZANDO ACTIVIDADES PROPIAS DEL TRABAJO, ASI NO FUERA SU HORARIO LABORAL, COMOP LO MENCIONA EL RECTOR EN CARTA EMITIDA EL 11 DE SEPTIEMBRE DE 2023 DONDE MANIFIESTA QUE EL TRABAJADOR EN MENCION, CUMPLE SUS FUNCIONES EN LA SEDE EDUCATIVA BUENOS AIRES EJERCIENDO UN LIDERAZGO EN LA COMUNIDAD Y SENTIDO DE PERTENENCIA, LO QUE LO LLEVA HACER PRESENCIA EN LA SEDE LOS FINES DE SEMANA, EN ARAS DE VERIFICAR EL ESTADO DE LA SEDE Y SUS BIENES, ACTIVIDAD QUE ES RECURRENTE EN LOS AÑOS QUE LLEVABA EL DOCENTE". DENTRO DEL INFORME SE OBSERVA QUE TAMBIEN SE ENCUENTRA LA CARTA ENVIADA POR EL RECTOR A LA SECRETARIA DE EDUCACION EL 15/09/2023 EN LA CUAL EL EXPLICA Y ACLARA QUE DICHA REUNION NO FUE ORDENADA NI AUTORIZADA POR EL DOCENTE NI EN FORMA VERBAL NI ESCRITA, QUE NO FUE TAMPOCO NOTIFICADO, PERO DICHA CARTA NO FUE TENIDA EN CUENTA POR LA PROFESIONAL QUE REALIZA LA INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO. POR OTRA PARTE, SE REVISAN LOS ESTUDIOS DE COLUMAN REALIZADOS AL DOCENTE EL DIA 01/09/2023 EN DONDE REPORTAN: ESPONDILODISCOARTROSIS LUMBAR, DISCOPATIAS POR DESHIDRATACION EN 2DO, 3ER Y 4TO DISCO INTERVERTEBRAL LUMBAR, SINOVITIS INTERFACETARIA EN TODOS LOS NIVELES LUMBARES Y LINFEDEMA SUBCUTANEO EN REGION LUMBOSACRA, ADEMAS LE REALIZARON ELECTROMIOGRAIA + NEUROCONDUCCION DE MIEMBROS INFERIORES EL 14/09/2023 QUE REPORTA: ESTUDIO ANORMAL, COMPATIBLE CON MIELORADICULOPATIA L4, L5, S1 CRONICA BILATERAL; ESTOS DOS ULTIMOS ESTUDIOS CORROBORAN QUE LA PATOLOGIA QUE EL DOCENTE PRESENTA ES UNA PATOLOGIA CRONICA TAMBIEN SE REvisa HISTORIA CLINICA DE LA ATENCION DE URGENCIAS DEL DIA 26/08/2023 (DIA DEL EVENTO) EN LA CUAL ANOTAN: " PACIENTE INGRESA POR CUADRO CLINICO DE 4 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR EN REGION LUMBAR QUE IRRADIA A AMBOS MIEMBROS INFERIORES, MIENTRAS DEAMBULABA, PACIENTE REFIERE QUE PRIMERA VEZ QUE LE DA EL DOLOR; AL EXAMEN FISICO: EXTREMIDADES MOVILES, SIMETRICAS, EUTROFICAS SIN EDEMA, CON SIGNO DE LASEGUE POSITIVO EN AMBAS EXTREMIDADES, DX: LUMBAGO". ACTUALMENTE EL PACIENTE REFIERE QUE CAMINA APOYADO EN CAMINADOR, QUE PRESENTA DOLOR EN TODA LA COLUMNA VERTEBRAL IRRADIADO A MIEMBROS INFERIORES, DOLOR EN MIEMBROS SUPERIORES ASOCIADO A SENSACION DE PESADEZ DE LOS MISMOS, CUANDO DUERME NO SE DA PARA VOLTEAR EN LA CAMA Y LE TOCA DORMIR EN LA MISMA POSICION TODA LA NOCHE, QUE CON LOS MEDICAMENTOS ORDENADOS POR PSIQUIATRIA HA MEJORADO POCO SU INSOMNIO Y LOS SINTOMAS DEPRESIVOS SE HAN CONTROLADO PARCIALMENTE.

Revisión por sistemas

Cabeza No Refiere
Cuello No Refiere
Órganos de los sentidos No Refiere
Tórax No Refiere
Gastrointestinal No Refiere
Genitourinario No Refiere

Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esferamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

EXAMEN FISICO

TA	160 / 100	FC	72	FR	16	Temperatura	37
Peso	67 Kg	Talla	1,6 m	IMC	26,1719		
Circunferencia cintura	0						

Impresión General

Cabeza/Cuello

ORL

Cardiopulmonar

Abdomen

Genitourinario

Osteomuscular AMA DE COLUMNA: FLEXION HASTA 80° DE COLUMNA DORSOLUMBAR, AMA DE 4 EXTREMIDADES SIN RESTRICCIONES, FUERZA Y SENSIBILIDAD DE 4 EXTREMIDADES CONSERVADA, DOLOR INTENSO A LA PALPACION DE MUSCULOS PARAVERTERALES DE TODA LA COLUMNA

Piel y Faneras

Neurológico MARCHA LENTA, MARCHA PUNTA Y TALON LA REALIZA CON DIFICULTAD

Extremidades

Esfera Mental

Taner

Signos de maltrato

Hernias	Criptorquidea	Agnesia
Tacto Rectal	Tacto Vaginal	Examen Testicular

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

Normal	Anormal
---------------	----------------

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnóstico	Tipo	Clase
	G041 - PARAPLEJÍA ESPASTICA TROPICAL	Definitivo	Confirmado Repetido
	M511 - TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA	Definitivo	Confirmado Repetido
	I698 - SECUELAS DE OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS	Definitivo	Confirmado Repetido
	I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Definitivo	Confirmado Repetido
	M545 - LUMBAGO NO ESPECIFICADO	Definitivo	Confirmado Repetido

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

DOCENTE CON 210 DIAS DE INCAPACIDAD INICIALMENTE POR LUMBAGO Y POSTERIORMENTE POR PARAPLEJÍA ESPASTICA TROPICAL, YA CON CONCEPTO DESFAVORABLE POR PARTER DE FISIATRIA, SE PROCEDE A REALIZAR LA CALIFICACION DE PCL POR PRIMERA VEZ SEGUN EL DECRETO 1655/2015. TAMBIEN SE REALIZA UNA REVISION EXAHUSTIVA Y UN ANALISIS MINUCIOSO DE TODA LA INFORMACION ENCONTRADA EN LOS ESTUDIOS APORTADOS, EL RELATO DEL MISMO DOCENTE, LO REPORTADO POR EL RECTOR DE LA INSTITUCION QUE ES EL JEFE INMEDIATO DEL DOCENTE, LA HISTORIA CLINICA DEL DIA DE LA OCURRENCIA DE LOS HECHOS, LOS PARACLINICOS QUE EVIDENCIAN QUE PRESENTA UNA PATOLOGIA CRONICA, DEGENERATIVA Y TENIENDO EN CUENTA LA LEY 1562 DE 2012 SOBRE LA DEFINICION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO, SE CONCLUYE QUE EL DOCENTE NO PRESENTO ACCIDENTE DE TRABAJO DEBIDO A QUE NO SE ENCONTRABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL, SE ENCONTRABA POR FUERA DE SU HORARIO LABORAL HABITUAL NI TAMPOCO ESTABA ACTUANDO BAJO ORDENES O SUBORDINACION DE SU JEFE INMEDIATO NI SU EMPLEADOR, SE ENCONTRABA EN UNA REUNION CITADA POR LA JUNTA DE ACCION COMUNAL DEL BARRIO DONDE SE ENCUENTRA UBICADO EL COLEGIO NO SIENDO DELEGADO POR EL RECTOR DEL COLEGIO.

Profesional: JACKLIN LISSETE ARAUJO ARRIETA
T.P.: 7332

HISTORIA CLINICA GENERAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.: 3975 Registro No.: 21 Fecha: 07/03/2024 10:25:14
Registrado por: JACKLIN LISSETE ARAUJO ARRIETA

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento: 18938042 Tipo de Identificación: Cédula de Ciudadanía Edad: 64 Años \ 9 Meses \ 1 Días
Nombres: FERNANDO ANTONIO RAMOS PAYARES
Sexo: Masculino Email: FERNANDORAMOSPAYARES@HOTMAIL.COM Estado Civil: Casado (A)
Historia de: HISTORIA CLINICA GENERAL Origen de la Consulta: GENERAL
Acompañante: RAFAEL RAMOS Parentesco: HIJO - 3146246803 Teléfono: 3162742838
Grupo Poblacional: Vacío Pertenencia Étnica: Otras Etnias Nivel Educativo:
Ocupacion: 991 DOCENTES Fecha Ingreso al Programa: Discapacidad:
Causa Externa Enfermedad general Finalidad de Consulta Deteccion Enfermedad profesional

Motivo de consulta

CONTROL CON MEDICINA LABORAL

Enfermedad actual

DOCENTE CON 210 DIAS DE INCAPACIDAD INICIALMENTE POR LUMBAGO Y POSTERIORMENTE POR PARAPLEJÍA ESPASTICA TROPICAL, SE ENCUENTRA EN CONTROLES Y TRATAMIENTO CON NEUROCIRUGIA Y NEUROLOGIA; REFIERE QUE EL DOLOR LUMBAR HA CONTINUADO Y TAMBIEN HA PRESENTADO DOLOR EN TODA LA COLUMNA Y EN MIEMBROS INFERIORES ASOCIADO A PARESTESIAS EN MIEMBROS INFERIORES Y SENSACION DE ARDOR/QUEMAZON EN LOS PIES, CON PERDIDA DE FUERZA MUSCULAR DE MIEMBROS INFERIORES, ESTO LO HA LLEVADO PAULATINAMENTE A IR TENIENDO UNA MARCHA MAS LENTA Y CON INSEGURIDAD. FUE VALORADO POR NEUROCIRUGIA EL 06/12/2023 QUIEN ANOTA "SE LE EXPLICA QUE NO TIENE COMPRESION MEDULAR Y QUE EL INICIO SUBITO ASOCIADO A PARAPARESIA PODRIA SER SECUELAS DE MIELITIS TRANSVERSA", POR ESTO LE SOLICITO VALORACION POR NEUROLOGIA Y LE SOLICITO RNM CEREBRAL SIMPLE QUE FUE REALIZADA EL 30/12/2023 QUE REPORTO: SIGNOS DE INVOLUCION CEREBRAL, HIGROMA BIFRONTAL/HEMATOMA SUBDURAL CRONICO?, FUE VALORADO POR NEUROLOGIA EL 15/01/2024 QUIEN ANOTA EN LA HISTORIA CLINICA: " MOVIMIENTOS CLONICOS EN PAPPADO DERECHO, LAGRIMEO UNILATERAL POS PARALISIS FACIAL, ANIMO DEPRESIVO, AL EXAMEN NEUROLOGICO: HIPERREFLEXIA, DX: ESPASMO HEMIFACIAL CLONICO, HIPERTENSION ARTERIAL, HEMATOMA SUBDURAL VS HIGROMA, ANALISIS: HEMATOMA SUBDURAL VS HIGROMA, SE SOLICITA REMISION A URGENCIAS PARA VALORACION POR NEUROCIRUGIA, ESPASMO HF CON INDICACION DE TOXINA BOTULINICA"; FUE VALORADO EN URGENCIAS QUIENES LE INDICARON QUE LE DEBIAN REALIZAR PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PERO EL PACIENTE Y SU FAMILIA DECIDIO QUE NO LO HARIA Y QUE ESPERARIAN A LA CITA DE CONTROL CON NEUROCIRUGIA; FUE VALORADO NUEVAMENTE POR NEUROCIRUGIA EL 29/01/2024 QUIEN ANOTA EN LA HISTORIA CLINICA: " EL 26 DE AGOSTO 2023 LUEGO DE ESFUERZO LABORANDO, SEVERO DOLOR INCAPACITANTE IRRADIADO A AMBOS MIEMBROS SUPERIORES POR LO CUAL ESTUVO HOSPITALIZADO POR 5 DIAS CON ALIVIO PARCIAL, PERO ESTA AMBULATORIAMENTE MUY LIMITADO Y CON PERSISTENCIA DEL DOLOR Y CLAUDICACION EN LA MARCHA, TAMBIEN PRESENTA DOLOR Y DISESTESIAS EN MIEMBROS SUPERIORES, EXAMEN FISICO: MARCHA ANTALGICA Y CLAUDICANTE, DIFICULTAD PARA CAMINAR CON MARCHA CON LIGERA ESPASTICIDAD EN TALONES, REFLEJOS AUMENTADOS, APOYADO EN MULETA, FUERZA 5/5, SENSIBILIDAD CONSERVADA, ESTUDIOS RADIOLOGICOS: RNM DE COLUMNA LUMBAR DE SEPT/23 MUESTRA IMPORTANTE ESCOLIOSIS DE CONVEXIDAD IZQUIERDA, PROTRUSION CENTRAL L3-L4 IMPORTANTE Y OTRA L4-L5 QUA CONDICIONAN CANAL ESTRECHO, EMG DE MMII DE SEPT/23 INFORMA ESTUDIO ANORMAL, COMPATIBLE CON MIELORADICULOPATIA L4, L5, S1 CRONICA BILATERAL (CANAL LUMBAR ESTRECHO), GAMAGRAFIA OSEA DE SEPT/23 INFORMA ESTUDIO GAMAGRAFICAMENTE NEGATIVO PARA DIAGNOSTICO DE FRACTURAS OCULTAS EN COLUMNA LUMBAR Y PELVIS, OSTEOARTROSIS ACROMIOCLAVICULAR DERECHA Y EN HOMBROS; RNM DE OCT/23 DE COLUMNA CERVICAL Y TORACICA CON CAMBIOS ARTROSICOS, CANAL LIBRE, PROTRUSION C4-C5 SIN COMPRESION MEDULAR; RNM CEREBRAL SIMPLE 27 DIC/23 CON ATROFIA CORTICAL E HIGROMAS SUBDURALES. DX: SINDROME PIRAMIDAL, PARAPARESIA ESPASTICA TROPICAL, ATROFIA CEREBRAL, CANAL LUMBAR ESTRECHO, PROTRUSIONES L3-L4 Y L4-L5, SECUELAS DE MIELITIS TRANSVERSA, SINDROME DEPRESIVO, PLAN: SS 30 SESIONES DE FISIOTERAPIA INTRADOMICILIARIAS, MEDICACION, SE LE EXPLICA QUE NO TIENE COMPRESION MEDULAR Y QUE EL INICIO SUBITO ASOCIADO A PARAPARESIA PODRIA SER SECUELAS DE MIELITIS TRANSVERSA". ADICIONALMENTE REFIEREN QUE DESDE NOVIEMBRE/2023 CUANDO LE INFORMARON QUE TENIA UN HMATOMA SUBDURAL CRONICO VS HIGROMA SUBDURAL Y QUE EL MANEJO DEBIA SER CON UNA CIRUGIA, EL PACIENTE HA PRESENTADO TRISTEZA, SENSACION DE SESASOCIEGO, GANAS DE IRSE, DESCUIDO EN SU PRESENTACION PERSONAL, IRRITABILIDAD, LLANTO FRECUENTE, POR LO CUAL FUE REMITIDO A PSIQUIATRIA QUIEN LO VALORO EL 18/11/2023 ANOTANDO EN LA HISTORIA CLINICA: " ASISTE CON EL HIJO. REFIERE PACIENTE CUADRO DE +- 1 MES DE EVOLUCION, ANIMO TRISTE, IDEAS DE DESESPERANZA, APATIA, ANHEDONIA, DESANIMO, INSOMNIO, LLANTO TRISTE", "HACE COMO 3 MESES, IBA A MOVER UNA SILLAS Y ME INCLINE Y AHI QUEDA, ME DIO COMO UNA PARALISIS FASCIAL", "AHORA HACE COMO 1 MES, ME ENTRIO COMO UNA DEPRESION, NO DUERMO, ME CANSO DEMASIADO, DOLOR DE CABEZA, NO ME DA HAMBRE, DESANIMO, TRISTEZA" "EL MEDICO ME DIJO QUE ERA DE OPERACION, Y QUI SI ME OPERABA ME IBA A QUEDAR EN SILLA DE RUEDAS". EXAMEN MENTAL: INTRANQUILO, COLABORADOR, CORDIAL, ORIENTACION GLOBAL, NO FALLA SMNESICAS, NO IDEAS DELIRANTES, NO ALTERACION SENSOPERCEPTIVA, TIMIA DISPLACETERA, LLANTO FACIL, ANIMO TRISTE, IDEAS DE DESESERANZA, NO IDEAS DE AUTOLISIS, HIPOBULIA, JUICIO NORMAL. DX: EPISODIO DEPRESIVO MODERADO, PLAN: PACIENTE TRANQUILO, CON SINTOMA QUE SE ASOCIAN A TRASTORNO DEPRESIVO, ASOCIADO A COOMORBILIDAD, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL. SE HACE CONTENCIÓN VERBAL Y PSICOEDUCACION EN HABITOS SALUDABLE E HIGIENE DEL SUEÑO. MEDICACION. CONTROL 1 MES, Vx PSICOLOGIA"; NUEVAMENTE FUE A CONTROL CON PSIQUIATRIA EL 10/01/2024 QUIEN ANOTAN EN LA HISTORIA CLINICA: " CONSULTA POR CUADRO DE INSOMNIO GLOBAL DE APROX 4 MESES DE EVOLUCION ACOMPAÑADO DE ANIMO TISTE, IRRITABILIDAD, IDEAS NEGATIVAS DE SI MISMO Y DE SU FUTURO, IDEAS DE PREOCUPACION EXCESIVAS QUE LE GENERAN ANSIEDAD SIGNIFICATIVA, IDEAS DE MUERTE, PERDIDA DEL INTERES Y DEL PLACER, BAJA AUTOESTIMA, AGRESIVIDAD, NIEGA SINTOMAS DE PRODUCTIVIDAD PSICOTICA AGUDA. DX. TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION. ANALISIS: PACIENTE CON SINTOMAS MIXTOS DE ANSIEDAD Y DEPRESION QUIEN VIENE EN TRATAMIENTO CON SERTRALINA DESDE NOVIEMBRE/2023 SIN MEJORIA DE SINTOMAS, PERSISTE INSOMNIO GLOBAL, SE DECIDE INICIAR TRATAMIENTO CON OLANZAPINA, SE SUSPENDE SERTRALINA Y SE INICIA ESCITALOPRAM, SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA, CITA DE CONTROL EN 1 MES". ULTIMA VALORACION POR NEUROCIRUGIA EL 26/02/2024 QUIEN ANOTA EN LA HISTORIA CLINICA EXACTAMENTE LO MISMO DE LA CONSULTA ANTERIOR DEL 29/01/2024; EL HIJO DEL PACIENTE REFIERE QUE EN DICHA CITA DEL 26/02/2024 LE LLEVO AL NEUROCIRUJANO UN FORMATO DE

CONCEPTO DE REHABILITACION INTEGRAL QUE LE ENTREGARON Y HOY LO TRAE: " DX: PARAPARESIA ESPASTICA, SECUELAS DE MIELITIS TRNASVERSA, SINDROME DEPRESIVO MAYOR, ATROFIA CEREBRAL, CANAL LUMBAR ESTRECHO; SE ESPERA QUE LA REALIZACION DE ESTE TRATAMIENTO MEJORE LA FUNCION PERDIDA DE FORMA: MINIMA; HA PRESENTADO ALGUN TIPO DE COMPLICACIONES QUE DESMEJOREN EL PRONOSTICO DE RECUPERACION?: DEPRESION CON IDEAS DE AUTOLISIS; SE ESPERA QUE TERMINADO EL TRATAMIENTO EL DOCENTE SE REINTEGRE A SU LABOR?: PROBABLEMENTE NO SE REINTEGRE; PRONOSTICO DE RECUPERACION FUNCIONAL: MALO". ACTUALMENTE EL PACIENTE REFIERE QUE CAMINA APOYADO EN CAMINADOR, QUE PRESENTA DOLOR EN TODA LA COLUMNA VERTEBRAL IRRADIADO A MIEMBROS INFERIORES, DOLOR EN MIEMBROS SUPERIORES ASOCIADO A SENSACION DE PESADEZ DE LOS MISMOS, CUANDO DUERME NO SE DA PARA VOLTEAR EN LA CAMA Y LE TOCA DORMIR EN LA MISMA POSICION TODA LA NOCHE, QUE CON LOS MEDICAMENTOS ORDENADOS POR PSIQUIATRIA HA MEJORADO POCO SU INSOMNIO Y LOS SINTOMAS DEPRESIVOS SE HAN CONTROLADO PARCIALMENTE. TRAE CERTIFICADO LABORAL QUE INDICA FIM: 13/08/1997 SE DESEMPEÑA COMO DOCENTE DE AULA PERO SUS LABORES ACTUALES CERTIFICADAS SON COMO COORDINADOR EN LA IE LAS FLORES DE CODAZZI. TIENE PENDIENTE LA CALIFICACION DE ORIGEN DE SU PRESUNTO ACCIDENTE DE TRABAJO, PERO HAY ERRORES EN EL INFORME DE LA INVESTIGACION QUE DEBEN SUBSANARSE, POR LO CUAL SE CITA A NUEVA CONSULTA LA PROXIMA SEMANA AL PACIENTE.

Revisión por sistemas

Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esferamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

EXAMEN FISICO

TA	170 / 100	FC	72	FR	16	Temperatura	37
Peso	67 Kg	Talla	1,6 m	IMC	26,1719		
Circunferencia cintura	0						

Impresión General

Cabeza/Cuello

ORL

Cardiopulmonar

Abdomen

Genitourinario

Osteomuscular AMA DE COLUMNA: FLEXION COMPLETA DE COLUMNA DORSOLUMBAR, AMA DE 4 EXTREMIDADES SIN RESTRICCIONES

Piel y Faneras

Neurológico MARCHA LENTA, DOLOR INTENSO A LA PALPACION DE MUSCULOS PARAVERTERALES DE TODA LA COLUMNA, FUERZA Y SENSIBILIDAD DE EXTREMIDADES CONSERVADA.

Extremidades

Esfera Mental

Taner

Signos de maltrato

Hernias

Criptorquidea

Agnesia

Tacto Rectal

Tacto Vaginal

Examen Testicular

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

Normal

Anormal

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnóstico	Tipo	Clase
	G041 - PARAPLEJÍA ESPASTICA TROPICAL	Definitivo	Confirmado Repetido
	M511 - TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA	Definitivo	Confirmado Repetido
	I698 - SECUELAS DE OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS	Definitivo	Confirmado Repetido
	I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Definitivo	Confirmado Repetido

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

DOCENTE CON 210 DIAS DE INCAPACIDAD INICIALMENTE POR LUMBAGO Y POSTERIORMENTE POR PARAPLEJÍA ESPASTICA TROPICAL, YA CON CONCEPTO DESFAVORABLE POR PARTER DE FISIATRIA, PERO AUN EL DOCENTE TIENE PENDIENTE LA CALIFICACION DE ORIGEN DE SU PRESUNTO ACCIDENTE DE TRABAJO, PERO HAY ERRORES EN EL INFORME DE LA INVESTIGACION QUE DEBEN SUBSANARSE, POR LO CUAL SE SOLICITA LA CORRECCION DE DICHO INFORME A LA IPS QUE LO REALIZO Y SE CITA AL PACIENTE A NUEVA CONSULTA LA PROXIMA SEMANA.

Profesional: JACKLIN LISSETE ARAUJO ARRIETA
T.P.: 7332

HISTORIA CLINICA GENERAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.: 3975 Registro No.: 20 Fecha: 05/01/2024 9:34:29
Registrado por: GABRIEL DARIO SERNA GOMEZ

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento: 18938042 Tipo de Identificación: Cédula de Ciudadanía Edad: 64 Años \ 9 Meses \ 1 Días
Nombres: FERNANDO ANTONIO RAMOS PAYARES
Sexo: Masculino Email: FERNANDORAMOSPAYARES@HOTMAIL.COM Estado Civil: Casado (A)
Historia de: HISTORIA CLINICA GENERAL Origen de la Consulta: GENERAL
Acompañante: Parentesco: Teléfono:
Grupo Poblacional: Vacío Pertenencia Étnica: Afrocolombiano Nivel Educativo:
Ocupacion: 2341 Profesores de educación primaria Fecha Ingreso al Programa: 05/01/2024 Discapacidad:
Causa Externa Enfermedad general Finalidad de Consulta No Aplica

Motivo de consulta

NO PUEDO DORMIR

Enfermedad actual

PACIENTE MASCULINO DE 64 AÑOS , RESIDENTE Y PROCEDENTE EN AGUSTIN CODAZZI CESAR, DOCENTE, CASADO, QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR TRASTORNO DEPRESIVO, MAS ANSIEDAD, DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO SECUNDARIO AL DX DE DISCOPATIO LUMBO-SACRA LO CUAL LE IMPIDE LA DEMABULACION SIN APOYO NO EJECUTAR SUS LABORALES NORMALES, LO CUAL LO HA CONDUCCIDO A CRISIS DE DEPRESION, ANGUSTIA Y ANSIEDAD, DISMUHICION DEL AUTOESTIMA. ESTA SIENDO MANEJADO POR PSIQUIATRIA CON SERTRALINA Y CLONAZEPAN. NIEGA OTROS SINTOMAS ASOCIADOS POR LO CUAL CONSULTA EN EL DIA DE HOY

Revisión por sistemas

Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esferamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

EXAMEN FISICO

TA	140 / 90	FC	80	FR	18	Temperatura	36
Peso	70 Kg	Talla	1,6 m	IMC	27,3438		
Circunferencia cintura	0						

Impresión General
Cabeza/Cuello
ORL
Cardiopulmonar
Abdomen
Genitourinario
Osteomuscular
Piel y Faneras
Neurológico

Extremidades

Esfera Mental

Taner

Signos de maltrato

Hernias

Criptorquidea

Agenesia

Tacto Rectal

Tacto Vaginal

Examen Testicular

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

Normal

Anormal

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnóstico	Tipo	Clase
	F321 - EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	Presuntivo	Confirmado Repetido

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

PACIENTE CON CICLO DE VIDA DE VEJEZ FAMILIA EN CONSOLIDACION , ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR TRASTORNO DEPRESIVO Y ANSIEDAD+ DISCOPATIA LUMBO-SACRA VALORACION POR PSIQUIATRIA PLAN RECOMENDACIONES ASISITIR A LOS CONTROLES -NO TRASNOCHAR , NO TOMAR BEBIDAS OSCURAS NICHOCOLATES- MANTENER UNA BUNA RED DE APOYO CON SU FAMILIA -INTEGRAR AL PACIENTE EN LAS ACTIVIDADES BASICAS COTIDIANAS. SE EXPLICA LA HIGIENE DEL SUEÑO: AMBIENTE SERENO , HABITACION OSCURA -INICIAR ACTIVIDAD RECREATIVA/DEPORTIVA -HABITOS DE VIDA SALUDABLE

Profesional: GABRIEL DARIO SERNA GOMEZ
T.P.: 5291 - MEDICO GENERAL

HISTORIA CLINICA GENERAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.: 3975 Registro No.: 19 Fecha: 22/12/2023 10:37:52
Registrado por: EVIL DE LA HOZ VARGAS

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento: 18938042 Tipo de Identificación: Cédula de Ciudadanía Edad: 64 Años \ 9 Meses \ 1 Días
Nombres: FERNANDO ANTONIO RAMOS PAYARES
Sexo: Masculino Email: FERNANDORAMOSPAYARES@HOTMAIL.COM Estado Civil: Casado (A)
Historia de: HISTORIA CLINICA GENERAL Origen de la Consulta: GENERAL
Acompañante: Parentesco: Teléfono:
Grupo Poblacional: Vacío Pertenencia Étnica: Otras Etnias Nivel Educativo:
Ocupacion: 991 DOCENTES Fecha Ingreso al Programa: Discapacidad:
Causa Externa Enfermedad general Finalidad de Consulta No Aplica

Motivo de consulta

"CONTROL"

Enfermedad actual

PACIENTE MASCULINO MAYOR DE EDAD QUIEN ASISTE POR PROBLEMAS EN EL MANEJO DE CAMBIOS POR ENFERMEDAD. REFIERE DEPERTAR ANTES DE LO ESPERADO POR DOLOR, SE DESPLAZA DE LA CAMA AL BAÑO GATEANDO, SITUACION QUE LO VULNERA EMOCIONALMENTE POR LA NECESIDAD DE DEPENDER DE OTRAS PERSONAS PARA SUS ACTIVIDADES PERSONALES. SE OBSERVA LABIL EMOCIONALMENTE, LLANTO FÁCIL Y DIFICULTADES EN EL PROCESO DE ADAPTACION POR ESTADO DE SALUD ACTUAL. QUEJA SUBJETIVA: EPISODIOS DEPRESIVO DESPUES DE ACCIDENTE EN AREA ESCOLAR EN EL QUE IBA A HACER UNA REUNIÓN CON LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DEL BARRIO POR LOS HURTOS REALIZADOS A LA ESCUELA Y AL INICIAR LA ACTIVIDAD AL ALZAR UNA SILLA QUEDO INMOVIL NO HA LOGRADO TENER UNA MARCHA DE MAS DE 1 MINUTO POR DOLOR EN MIEMBROS SUPERIORES E INFRERIORES QUE NO LE PERMITEN MANTENERSE EN PIE. ESTA SITUACIÓN LO HA VULNERADO EMOCIONALMENTE POR INCAPACIDAD PARA TRABAJAR, SENTIMIENTOS DE ABANDONO PORQUE EL RECTOR NO LE QUIERE FIRMAR EL REPORTE DE ACCIDENTE LABORAL. ANTECEDENTES MENTALES Y FISICOS FAMILIARES: NO REFIERE ANTECEDENTES MENTALES Y FÍSICOS PERSONALES: SINUSITIS, TRASTORNO DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES, HIPERTENSION ESTILO DE VIDA: DIETA: NORMAL EJERCICIO: NO REALIZA FACTORES DE RIESGO CONDUCTUAL: CONSUMO DE ALCOHOL: (NO) TABACO: (NO) SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: (NO) CAFEINA (NO) FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICO: DEPRESIÓN (NO), ANSIEDAD (NO), ESTRÉS NEGATIVO(NO), CONFLICTOS INTRAFAMILIARES (NO), ECONOMÍA ESTRESANTE (NO), INSOMNIO (SI), DISCAPACIDAD (NO). AREA FAMILIAR: NUCLERQAR FUNCIONAL, 6 HIJOS CON BUENAS RELACIONES ACTITUD EN LA CONSULTA: BUENA, RESPETUOSA Y CORDIAL ADICCIONES DE CONSUMO: NO REFIERE ADICCIONES CONDUCTUALES: NO REFIERE AREA SOCIAL: FORTALECIDA AREA COGNITIVA: SIN ALTERACIONES FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO EL CUAL REPOSA EN HISTORIA CLÍNICA MANUAL

Revisión por sistemas

Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esferamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

EXAMEN FISICO

TA	1 / 1	FC	1	FR	1	Temperatura	1
Peso	1 Kg	Talla	1 m	IMC	1		
Circunferencia cintura	0						

Impresión General

Cabeza/Cuello
 ORL
 Cardiopulmonar
 Abdomen
 Genitourinario
 Osteomuscular
 Piel y Faneras
 Neurológico
 Extremidades
 Esfera Mental
 Taner
 Signos de maltrato

Hernias Criptorquidea Agenesia
 Tacto Rectal Tacto Vaginal Examen Testicular

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

Normal Anormal

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnóstico	Tipo	Clase
	F321 - EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	Presuntivo	Impresión Diagnóstica

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

PESISTE INESTABILIDAD EMOCIONAL, LLANTO FÁCIL Y PENSAMIENTOS RUMIADORES QUE LO VULNERAN. AREA MENTAL SIN ALTERACIONES SENSORIOPERCEPTIVAS, SUEÑO INTRANQUILO Y POCO REPARADOR POR MIALGIAS CONSTANTES, IDEAS ORGANIZADAS, JUICIO Y RACIOCINIO CONSERVADO, SIN FALLAS MNÉSICAS, ÁREA FAMILIAR FUNCIONAL CON DISFRUTE DE LA ETAPA VITAL. EVOLUCION: SE REALIZA PSICOTERAPIA DE ADAPTACION FRENTE AL PROCESO DE ENFERMEDAD. SE REALIZA: - PREGUNTAS DE WHOOLEY: RESPUESTAS POSITIVAS, RIESGO DE DEPRESION. METAS: DESARROLLAR HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO ASERTIVO PLAN: - SEGUIMIENTO POR CICLO DE VIDA - PSICOTERAPIA COGNITIVO - CONDUCTUAL - ESCALA DE DEPRESION DE BECK - VALORACIÓN POR MÉDICO LIDER EN SALUD MENTAL. - FAMILIOGRAMA - APGAR FAMILIAR - ECOMAPA - TEST ASSIT - TEST AUDIT - GAD- 2 - ESCALA DE ZARITH - MINI MENTAL LOGROS: EN PROCESO RECOMENDACIONES: - REALIZAR ACTIVIDADES AGRADABLES Y COMPENSATORIAS ORIENTADAS AL BIENESTAR INTEGRAL - REALIZAR ACTIVIDAD DIARIA PREFERIBLEMENTE EN HORAS DE LA MAÑANA - ESTABLECER RELACIONES SOCIALES DE SOPORTE - FORTALECER VÍNCULOS Y LAZOS AFECTIVOS - PRACTICAR UNA ACTIVIDAD DEPORTIVA, MANUALIDAD O DE INTERÉS PERSONAL - IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO PARA PREVENIR RIESGO DE CONTAGIO POR COVID - ASISTENCIA A LOS CONTROLES

Profesional: EVIL DE LA HOZ VARGAS
 T.P.: 118558 - PSICOLOGA

HISTORIA CLINICA GENERAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.: 3975 Registro No.: 18 Fecha: 11/12/2023 9:59:26
Registrado por: EVIL DE LA HOZ VARGAS

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento: 18938042 Tipo de Identificación: Cédula de Ciudadanía Edad: 64 Años \ 9 Meses \ 1 Días
Nombres: FERNANDO ANTONIO RAMOS PAYARES
Sexo: Masculino Email: FERNANDORAMOSPAYARES@HOTMAIL.COM Estado Civil: Casado (A)
Historia de: HISTORIA CLINICA GENERAL Origen de la Consulta: GENERAL
Acompañante: Parentesco: Teléfono:
Grupo Poblacional: Vacío Pertenencia Étnica: Otras Etnias Nivel Educativo:
Ocupacion: 991 DOCENTES Fecha Ingreso al Programa: Discapacidad:
Causa Externa Enfermedad general Finalidad de Consulta No Aplica

Motivo de consulta

"CONTROL"

Enfermedad actual

PACIENTE MASCULINO MAYOR DE EDAD QUIEN ASISTE POR PROBLEMAS EN EL MANEJO DE CAMBIOS POR ENFERMEDAD. QUEJA SUBJETIVA: EPISODIOS DEPRESIVO DESPUES DE ACCIDENTE EN AREA ESCOLAR EN EL QUE IBA A HACER UNA REUNIÓN CON LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DEL BARRIO POR LOS HURTOS REALIZADOS A LA ESCUELA Y AL INICIAR LA ACTIVIDAD AL ALZAR UNA SILLA QUEDO INMOVIL NO HA LOGRADO TENER UNA MARCHA DE MAS DE 1 MINUTO POR DOLOR EN MIEMBROS SUPERIORES E INFRERIORES QUE NO LE PERMITEN MANTENERSE EN PIE. ESTA SITUACIÓN LO HA VULNERADO EMOCIONALMENTE POR INCAPACIDAD PARA TRABAJAR, SENTIMIENTOS DE ABANDONO PORQUE EL RECTOR NO LE QUIERE FIRMAR EL REPORTE DE ACCIDENTE LABORAL. FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO EL CUAL REPOSA EN HISTORIA CLÍNICA MANUAL ANTECEDENTES MENTALES Y FISICOS FAMILIARES: NO REFIERE ANTECEDENTES MENTALES Y FÍSICOS PERSONALES: SINUSITIS, TRASTORNO DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES, HIPERTENSION ESTILO DE VIDA: DIETA: NORMAL EJERCICIO: NO REALIZA FACTORES DE RIESGO CONDUCTUAL: CONSUMO DE ALCOHOL: (NO) TABACO: (NO) SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: (NO) CAFEINA (NO) FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICO: DEPRESIÓN (NO), ANSIEDAD (NO), ESTRÉS NEGATIVO(NO), CONFLICTOS INTRAFAMILIARES (NO), ECONOMÍA ESTRESANTE (NO), INSOMNIO (SI), DISCAPACIDAD (NO). AREA FAMILIAR: NUCLERQAR FUNCIONAL, 6 HIJOS CON BUENAS RELACIONES ACTITUD EN LA CONSULTA: BUENA, RESPETUOSA Y CORDIAL ADICCIONES DE CONSUMO: NO REFIERE ADICCIONES CONDUCTUALES: NO REFIERE AREA SOCIAL: FORTALECIDA AREA COGNITIVA: SIN ALTERACIONES

Revisión por sistemas

Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esfemenal	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

EXAMEN FISICO

TA	1 / 1	FC	1	FR	1	Temperatura	1
Peso	1 Kg	Talla	1 m	IMC	1		
Circunferencia cintura	0						

Impresión General
Cabeza/Cuello
ORL
Cardiopulmonar

Abdomen
Genitourinario
Osteomuscular
Piel y Faneras
Neurológico
Extremidades
Esfera Mental
Taner
Signos de maltrato

Hernias Criptorquidea Agenesia
Tacto Rectal Tacto Vaginal Examen Testicular

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

Normal Anormal

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnóstico	Tipo	Clase
	F321 - EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	Presuntivo	Impresión Diagnóstica

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

PACIENTE EMOCIONALMENTE INESTABLE, ALTERACIONES EN SU ESTADO DE ÁNIMO, ÁREA MENTAL SIN ALTERACIONES SENSORIOPERCEPTIVAS, SUEÑO TRANQUILO Y REPARADOR, IDEAS ORGANIZADAS, JUICIO Y RACIOCINIO CONSERVADO, SIN FALLAS MNÉSICAS, ÁREA FAMILIAR FUNCIONAL CON DISFRUTE DE LA ETAPA VITAL. EVOLUCION: SE REALIZA PSICOTERAPIA DE CONTENCION EMOCIONAL METAS: DESARROLLAR HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO ASERTIVO PLAN: - SEGUIMIENTO POR CICLO DE VIDA - PSICOTERAPIA COGNITIVO - CONDUCTUAL - - FAMILIOGRAMA - APGAR FAMILIAR - ECOMAPA - TEST ASSIT - TEST AUDIT - PREGUNTAS DE WHOOLEY - GAD- 2 - ESCALA DE ZARITH - MINI MENTAL LOGROS: EN PROCESO RECOMENDACIONES: - REALIZAR ACTIVIDADES AGRADABLES Y COMPENSATORIAS ORIENTADAS AL BIENESTAR INTEGRAL - REALIZAR ACTIVIDAD DIARIA PREFERIBLEMENTE EN HORAS DE LA MAÑANA - ESTABLECER RELACIONES SOCIALES DE SOPORTE - FORTALECER VÍNCULOS Y LAZOS AFECTIVOS - PRACTICAR UNA ACTIVIDAD DEPORTIVA, MANUALIDAD O DE INTERÉS PERSONAL - IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO PARA PREVENIR RIESGO DE CONTAGIO POR COVID - ASISTENCIA A LOS CONTROLES

Profesional: EVIL DE LA HOZ VARGAS
T.P.: 118558 - PSICOLOGA

HISTORIA CLINICA GENERAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.: 3975 Registro No.: 17 Fecha: 04/12/2023 11:20:45
Registrado por: EVIL DE LA HOZ VARGAS

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento: 18938042 Tipo de Identificación: Cédula de Ciudadanía Edad: 64 Años \ 9 Meses \ 1 Días
Nombres: FERNANDO ANTONIO RAMOS PAYARES
Sexo: Masculino Email: FERNANDORAMOSPAYARES@HOTMAIL.COM Estado Civil: Casado (A)
Historia de: HISTORIA CLINICA GENERAL Origen de la Consulta: GENERAL
Acompañante: Parentesco: Teléfono:
Grupo Poblacional: Vacío Pertenencia Étnica: Otras Etnias Nivel Educativo:
Ocupacion: 991 DOCENTES Fecha Ingreso al Programa: Discapacidad:
Causa Externa Enfermedad general Finalidad de Consulta No Aplica

Motivo de consulta

" EL COLEGIO ME HA ABANDONADO"

Enfermedad actual

PACIENTE MASCULINO MAYOR DE EDAD QUIEN ASISTE POR PRIMERA VEZ A PSICOLOGÍA POR EPISODIOS DEPRESIVO DESPUES DE ACCIDENTE EN AREA ESCOLAR EN EL QUE IBA A HACER UNA REUNIÓN CON LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DEL BARRIO POR LOS HURTOS REALIZADOS A LA ESCUELA Y AL INICIAR LA ACTIVIDAD AL ALZAR UNA SILLA QUEDO INMOVIL NO HA LOGRADO TENER UNA MARCHA DE MAS DE 1 MINUTO POR DOLOR EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES QUE NO LE PERMITEN MANTENERSE EN PIE. ESTA SITUACIÓN LO HA VULNERADO EMOCIONALMENTE POR INCAPACIDAD PARA TRABAJAR, SENTIMIENTOS DE ABANDONO PORQUE EL RECTOR NO LE QUIERE FIRMAR EL REPORTE DE ACCIDENTE LABORAL. FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO EL CUAL REPOSA EN HISTORIA CLÍNICA MANUAL ANTECEDENTES MENTALES Y FISICOS FAMILIARES: NO REFIERE ANTECEDENTES MENTALES Y FISICOS PERSONALES: SINUSITIS, TRASTORNO DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES, HIPERTENSION ESTILO DE VIDA: DIETA: NORMAL EJERCICIO: NO REALIZA FACTORES DE RIESGO CONDUCTUAL: CONSUMO DE ALCOHOL: (NO) TABACO: (NO) SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: (NO) CAFEINA (NO) FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICO: DEPRESIÓN (NO), ANSIEDAD (NO), ESTRÉS NEGATIVO(NO), CONFLICTOS INTRAFAMILIARES (NO), ECONOMÍA ESTRESANTE (NO), INSOMNIO (SI), DISCAPACIDAD (NO). AREA FAMILIAR: NUCLERQAR FUNCIONAL, 6 HIJOS CON BUENAS RELACIONES ACTITUD EN LA CONSULTA: BUENA, RESPETUOSA Y CORDIAL ADICCIONES DE CONSUMO: NO REFIERE ADICCIONES CONDUCTUALES: NO REFIERE AREA SOCIAL: FORTALECIDA AREA COGNITIVA: SIN ALTERACIONES

Revisión por sistemas

Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esferamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

EXAMEN FISICO

TA	1 / 1	FC	1	FR	1	Temperatura	1
Peso	1 Kg	Talla	1 m	IMC	1		
Circunferencia cintura	0						

Impresión General
Cabeza/Cuello
ORL
Cardiopulmonar

Abdomen
Genitourinario
Osteomuscular
Piel y Faneras
Neurológico
Extremidades
Esfera Mental
Taner
Signos de maltrato

Hernias Criptorquidea Agenesia
Tacto Rectal Tacto Vaginal Examen Testicular

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

Normal Anormal

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnóstico	Tipo	Clase
	F321 - EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	Presuntivo	Impresión Diagnóstica

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

PACIENTE EMOCIONALMENTE INESTABLE, ALTERACIONES EN SU ESTADO DE ÁNIMO, ÁREA MENTAL SIN ALTERACIONES SENSOPERCEPTIVAS, SUEÑO TRANQUILO Y REPARADOR, IDEAS ORGANIZADAS, JUICIO Y RACIOCINIO CONSERVADO, SIN FALLAS MNÉSICAS, ÁREA FAMILIAR FUNCIONAL CON DISFRUTE DE LA ETAPA VITAL. METAS: DESARROLLAR HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO ASERTIVO PLAN: - SEGUIMIENTO POR CICLO DE VIDA - PSICOTERAPIA COGNITIVO - CONDUCTUAL - - FAMILIOGRAMA - APGAR FAMILIAR - ECOMAPA - TEST ASSIT - TEST AUDIT - PREGUNTAS DE WHOOLEY - GAD- 2 - ESCALA DE ZARITH - MINI MENTAL LOGROS: EN PROCESO RECOMENDACIONES: - REALIZAR ACTIVIDADES AGRADABLES Y COMPENSATORIAS ORIENTADAS AL BIENESTAR INTEGRAL - REALIZAR ACTIVIDAD DIARIA PREFERIBLEMENTE EN HORAS DE LA MAÑANA - ESTABLECER RELACIONES SOCIALES DE SOPORTE - FORTALECER VÍNCULOS Y LAZOS AFECTIVOS - PRACTICAR UNA ACTIVIDAD DEPORTIVA, MANUALIDAD O DE INTERÉS PERSONAL - IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO PARA PREVENIR RIESGO DE CONTAGIO POR COVID - ASISTENCIA A LOS CONTROLES

Profesional: EVIL DE LA HOZ VARGAS
T.P.: 118558 - PSICOLOGA

HISTORIA CLINICA GENERAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.: 3975 Registro No.: 16 Fecha: 18/11/2023 9:49:04
Registrado por: SANDRA PATRICIA CLAVIJO

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento: 18938042 Tipo de Identificación: Cédula de Ciudadanía Edad: 64 Años \ 9 Meses \ 1 Días
Nombres: FERNANDO ANTONIO RAMOS PAYARES Email: FERNANDORAMOSPAYARES@HOTMAIL.COM Estado Civil: Casado (A)
Sexo: Masculino Origen de la Consulta: GENERAL
Historia de: HISTORIA CLINICA GENERAL Parentesco: HIJO Teléfono: 3146246803
Acompañante: RAFAEL RAMOS Pertenencia Étnica: Otras Etnias Nivel Educativo:
Grupo Poblacional: Vacío Fecha Ingreso al Programa: Discapacidad:
Ocupacion: 551 USUARIO COT. SUSTITUTO PENSIONAL Finalidad de Consulta No Aplica
Causa Externa Enfermedad general

Motivo de consulta

PRIMERA CONSULTA - DERIVADO DE MEDICINA GENERAL.

Enfermedad actual

ASISTE CON EL HIJO . REFIERE PACIENTE CUADRO DE +- 1 MES DE EVOLUCION, ANIMO TRISTE, IDEAS DE DESESPERANZA, APATIA, ANHEDONIA, DESANIMO, INSOMNIO, LLANTO TRISTE "HACE COMO 3 MESES, IBA A MOVER UNA SILLAS Y ME INCLINE Y AHI QUEDE, ME DIO COMO UNA PARALISIS FASCIAL" "AHORA HACE COMO 1 MES, ME ENTRO COMO UNA DEPRESION, NO DUERMO, ME CANSO DEMASIADO, DOLOR DE CABEZA, NO ME DA HAMBRE, DESANIMO, TRISTEZA" "EL MEDICO ME DIJO QUE ERA DE OPERACION, Y QUR SI ME OPERABA ME IBA A QUEDAR EN SILLA DE RUEDAS" REFIERE EL HIJO: "NOSOTROS ESTAMOS MUY PREOCUPADOS, YO NUNCA HABIA VISTO A MI PAPAASI" "NOS DA MIEDO, DICE AVECES QUE LA VIDA NO TIENE SENTIDO PARA EL", " EN LA CASA NOS TOCO GUARDAR CUCHILLOS Y TODO ESO, POR QUE NOS DA MIEDO" *AP: *PATOLGIAS: HTA, DISCOPATIA. *ALERGIAS: NIEGA. * TOXICOS: NIEGA CONSUMO DE SPA, NIEGA CONSUMO DE ALCOHOL, NIEGA TABAQUISMO. *ACTIVIDAD LABORAL:DOCENTE ACTIVO- COORDINADOR. * ACTIVIDAD FISICA: NIEGA.

Revisión por sistemas

Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esferamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

EXAMEN FISICO

TA	120 / 70	FC	70	FR	20	Temperatura	37
Peso	66 Kg	Talla	1,6 m	IMC	25,7813		
Circunferencia cintura	0						

Impresión General LLEGA CAMINANDO ASISTIDO CON CAMINADOR, MARCHA ANTALGICA, ENLENTENCIDA.
Cabeza/Cuello
ORL
Cardiopulmonar
Abdomen
Genitourinario
Osteomuscular
Piel y Faneras

Neurológico
Extremidades

Esfera Mental

INTRANQUILO, COLABORADOR, CORDIAL, ORIENTACION GLOBAL, NO FALLA SMNESICAS, NO IDEAS DELIRANTES, NO ALTERACION SENSOPERCEPTIVA, TIMIA DISPLACETERA, LLANTO FACIL, ANIMO TRISTE, IDEAS DE DESESERANZA, NO IDEAS DE AUTOLISIS, HIPOBULIA, JUICIO NORMAL.

Taner

Signos de maltrato

Hernias

Criptorquidea

Agenesia

Tacto Rectal

Tacto Vaginal

Examen Testicular

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

Normal

Anormal

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnóstico	Tipo	Clase
	F321 - EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	Presuntivo	Impresión Diagnóstica
	M519 - TRASTORNOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES, NO ESPECIFICADO	Presuntivo	Impresión Diagnóstica

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

PACIENTE TRANQUILO, CON SINTOMA QUE SE ASOCIAN A TRASTORNO DEPRESIVO, ASOCIADO A COOMORBILIDAD, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL. SE HACE CONTENSION VERBAL Y PSICOEDUCACION EN HABITOS SALUDABLE E HIGIENE DEL SUEÑO. SERTRALINA TB 50MG. 1-0-0 CLONAZEPAM TB 0.5MG. 0-0-1 CONTROL 1 MES VX PSICOLOGIA

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento	Cantidad
890208 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	1

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

Código Nombre	Cantidad	Posología
N06AB060011 SERTRALINA X 50 MG TABLETA	30	TOMAR 1 TB DIA - VO (10AM) - TRATAMIENTO PARA 2 MESES # 2 ENTREGAS.
N03AE010011 CLONAZEPAM X 0.5 MG TABLETA	30	TOMAR 1 TABLETA 8PM. VO. TRATAMIENTO PARA 2 MESES . # 2 ENTREGAS

Profesional: SANDRA PATRICIA CLAVIJO
T.P.: NT

HISTORIA CLINICA GENERAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.: 3975 Registro No.: 15 Fecha: 10/11/2023 8:58:44
Registrado por: MAROLYS PAOLA MEJIA ROMERO

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento: 18938042 Tipo de Identificación: Cédula de Ciudadanía Edad: 64 Años \ 9 Meses \ 1 Días
Nombres: FERNANDO ANTONIO RAMOS PAYARES
Sexo: Masculino Email: FERNANDORAMOSPAYARES@HOTMAIL.COM Estado Civil: Casado (A)
Historia de: HISTORIA CLINICA GENERAL Origen de la Consulta: GENERAL
Acompañante: Parentesco: Teléfono:
Grupo Poblacional: Vacío Pertenencia Étnica: Otras Etnias Nivel Educativo:
Ocupacion: 2341 Profesores de educación primaria Fecha Ingreso al Programa: 10/11/2023 Discapacidad:
Causa Externa Enfermedad general Finalidad de Consulta No Aplica

Motivo de consulta

DEPRESION Y ANSIEDAD

Enfermedad actual

PACIENTE MASCULINO DE 64 AÑOS , RESIDENTE Y PROCEDENTE EN AGUSTIN CODAZZI CESAR, DOCENTE, CASADO, QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 3 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR TRASTORNO DEPRESIVO, MAS ANSIEDAD, DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO SECUNDARIO AL DX DE DISCOPATIO LUMBO-SACRA LO CUAL LE IMPIDE LA DEMABULACION SIN APOYO NO EJECUTAR SUS LABORALES NORMALES NIEGA OTROS SINTOMAS ASOCIADOS POR LO CUAL CONSULTA EN EL DIA DE HOY

Revisión por sistemas

Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	Refiere DEPRESION
Cardiovascular	No Refiere
Esfereamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

EXAMEN FISICO

TA	110 / 80	FC	88	FR	18	Temperatura	36
Peso	67 Kg	Talla	1,6 m	IMC	26,1719		
Circunferencia cintura	0						

Impresión General

Cabeza/Cuello

ORL

Cardiopulmonar

Abdomen

Genitourinario

Osteomuscular

Piel y Faneras

Neurológico

LASAGUE POSITIVA, DEPRESION Y ANSIEDAD

Extremidades

DOLOR A LA DIGITO-PALPACION EN COLUMNA LUMBO-SACRA

Esfera Mental

Taner

Signos de maltrato

Hernias

Criptorquidea

Agnesia

Tacto Rectal

Tacto Vaginal

Examen Testicular

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

Normal

Anormal

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnóstico	Tipo	Clase
	F412 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	Presuntivo	Confirmado Nuevo
	M518 - OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES	Presuntivo	Confirmado Repetido

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

PACIENTE CON CICLO DE VIDA DE VEJEZ FAMILIA EN CONSOLIDACION , ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR TRASTORNO DEPRESIVO Y ANSIEDAD+ DISCOPATIA LUMBO-SACRA AMITRIPTILINA TAB 25MG VIA ORAL CADA DIA X LA NOCHE, VALORACION POR PSIQUIATRIA PLAN CONTINUAR CONIGUAL TRATAMIEITO INCAPACIDAD MEDICA POR 3 DIAS, RECOMENDACIONES ASISITIR A LOS CONTROLES -NO TRASNOCHAR , NO TOMAR BEBIDAS OSCURAS NICHOCOLATES- MANTENER UNA BUNA RED DE APOYO CON SU FAMILIA -INTEGRAR AL PACIENTE EN LAS ACTIVIDADES BASICAS COTIDIANAS. SE EXPLICA LA HIGIENE DEL SUEÑO:AMBIENTE SERENO ,HABITACION OSCURA -INICIAR ACTIVIDAD RECREATIVA/DEPORTIVA -HABITOS DE VIDA SALUDABLE

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento	Cantidad
890284 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	1

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

Código Nombre	Cantidad	Posologia
N06AA091011 AMITRIPTILINA X 25 MG TABLETA	30	TOMAR UNA TAB VIA ORAL CADA DIA X LA NOCHE

Profesional: MAROLYS PAOLA MEJIA ROMERO
T.P.: NT

HISTORIA CLINICA GENERAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.: 3975 Registro No.: 14 Fecha: 11/10/2023 12:13:19
Registrado por: ANA TERESA DIAZ HERNANDEZ

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento: 18938042 Tipo de Identificación: Cédula de Ciudadanía Edad: 64 Años \ 9 Meses \ 1 Días
Nombres: FERNANDO ANTONIO RAMOS PAYARES
Sexo: Masculino Email: FERNANDORAMOSPAYARES@HOTMAIL.COM Estado Civil: Casado (A)
Historia de: HISTORIA CLINICA GENERAL Origen de la Consulta: GENERAL
Acompañante: Parentesco: Teléfono:
Grupo Poblacional: Vacío Pertenencia Étnica: Otras Etnias Nivel Educativo:
Ocupacion: 991 DOCENTES Fecha Ingreso al Programa: Discapacidad:
Causa Externa Enfermedad general Finalidad de Consulta No Aplica

Motivo de consulta

VENGO A CONTROL

Enfermedad actual

PACIENTE MASCULINO DE 63 AÑOS CON LUMBAGO INCAPACITANTE, QUE REUIRE VHOPISTLIAZCION, POSTERIO A UN ESFUERZO LABORANDO, DOLOR SE IRRADIADO A MIEMBRO SINFERIORES, ACTUALMENTE EN MAENJO POR NEUROCIRUGIA QUIEN OFRECE TRATAMIENTNO QUIRRUGICO Y MANIFIESTA NO ESTAR DECIDIDO, ACTUALMEN EN AMENJCONO TRTAMADOL + ACETAMINOFEN, PREGABALINA, ASISTE ACONTROL DE SU PTOLGIA DE BASE, PERSISTE CON MAL PATRON DEL SUEÑO. ANTECEDENTES PATOLOGICOS: SINUSITIS, PARALISIS FACIAL, HTA QUIRURGICOS: NIEGA ALERGIAS: NIEGA FARMACOLOGICOS: PREGABALINA, TRAMADOL+ACETAMINOFEN, LOSARTAN+HCT EXAMENES 14/09/2023 EMG + NEUROCONDUCCION: SIGNOS DE DENERVACION ACTIVA EN LOS MUSLO PARESPINALES DE LOS NIVELES L4L5 BILATERALES, MIELORADICULOPATIA L4L5S1 CRONICA BILATERAL (CANAL LUMBAR ESTRECHO) 25/09/2023 GAMMAGRAFIA OSEA: OSTEOARTRITIS ACROJIOCLAVULAR, OSTEOARTROSIS ARTICLAR DE HOMBRO, NO HAY FRACTURAS 01/09/2023 RNM DE COLUMNA LUMBOSACRA: CURSA ESCOLITOCA LEVOCOVEXA, ESPONDILDISCORATROSIS LUMBAR, DISCOPAITA POR DESHIDRATCION EN EL SEGUNGO, TERCER Y CUADRO DISCOO INTERVENTREBRAL LUMBAR, CON HIPERTROFIA FACETARIA CONTRIBUYENTE, SINOVITIS INTERFACETARIA EN TODOS LOS NIVBELES LUMBAR, LINFEDEMA SUCUTANEO EN LA REGION LUMOSACRA 03/08/2023 POLISOMNOGRAFIA: SINDROME DE APENA - HIPOAPNEA OBSTRUIVA DEL SUEÑO NIVEL LEVE, SUEÑO REM DE MENOR CANTIDAD, EFICIENCIA DE SUEPO 85% 17/07/2023 TAC DE CRANEO SIMPLE: NORMAL 17/07/2023 LEUCOS 7550 N 56.9 HB 15 HTO 43.6 PLAQ 390.000 VIH NO REACTIVO, VDRL NO REACTIVO, COLESTEROL TOTAL 245 HDL 40.6 TRI 258 LDL 188 HBA1C 6.3% 17/07/2023 TAC DE SENOS PARANASALES: PANSINUSITIS, TABIQUE NASAL SINUOSO CON EPOLON DE DISPOSICION IZQUIERDA

Revisión por sistemas

Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esferamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

EXAMEN FISICO

TA	140 / 90	FC	70	FR	18	Temperatura	37
Peso	1 Kg	Talla	1 m	IMC	1		
Circunferencia cintura	0						

Impresión General
Cabeza/Cuello
ORL

Cardiopulmonar
 Abdomen
 Genitourinario
 Osteomuscular DOLOR LUMBAR IRRADIAO MIEMBROS INFERIOES, PARESTESIAS EN MIEBMROS IFNERIORE, CON LIMTIACION A LA MARCHA.
 Piel y Faneras
 Neurológico
 Extremidades
 Esfera Mental
 Taner
 Signos de maltrato
 Hernias Criptorquidea Agenesia
 Tacto Rectal Tacto Vaginal Examen Testicular

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

Normal	Anormal		
DIAGNOSTICOS			
Principal	Diagnóstico	Tipo	Clase
	110X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Presuntivo	Impresión Diagnóstica
	M511 - TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA	Presuntivo	Impresión Diagnóstica
	G479 - TRASTORNO DEL SUEÑO, NO ESPECIFICADO	Presuntivo	Impresión Diagnóstica

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

PACIENTE MASCULINO DE 63 AÑOS CON LUMBAGO INCAPACITANTE, QUE REUIRE VHOPISTLIAZCION, POSTERIO A UN ESFUERZO LABORANDO, DOLOR SE IRRADIADO A MIEMBRO SINFERIORES, ACTUALMENTE EN MAENJO POR NEUROCIRUGIA QUIEN OFRECE TRATAMIENTNO QUIRRUGICO Y MANIFIESTA NO ESTAR DECIDIDO, ACTUALMEN EN AMENJCONO TRTAMADOL + ACETAMINOFEN, PREGABALINA, ASISTE ACONTROL DE SU PTOLGIA DE BASE, PERSISTE CON MAL PATRON DEL SUEÑO. ANTECEDENTES PATOLOGICOS: SINUSITIS, PARALISIS FACIAL, HTA QUIRURGICOS: NIEGA ALERGIAS: NIEGA FARMACOLOGICOS: PREGABALINA, TRAMADOL+ACETAMINOFEN, LOSARTAN+HCT EXAMENES 14/09/2023 EMG + NEUROCONDUCCION: SIGNOS DE DENERVACION ACTIVA EN LOS MUSLO PARESPINALES DE LOS NIVELES L4L5 BILATERALES, MIELORADICULOPATIA L4L5S1 CRONICA BILATERAL (CANAL LUMBAR ESTRECHO) 25/09/2023 GAMMAGRAFIA OSEA: OSTEOARTRITIS ACROJIOCLAVULAR, OSTEOARTROSIS ARTICLAR DE HOMBRO, NO HAY FRACTURAS 01/09/2023 RNM DE COLUMNA LUMBOSACRA: CURSA ESCOLITOCA LEVOCOVEXA, ESPONDILDISCORATROSIS LUMBAR, DISCOPAITA POR DESHIDRATACION EN EL SEGUNGO, TERCER Y CUADRO DISCOO INTERVENTREBRAL LUMBAR, CON HIPERTROFIA FACETARIA CONTRIBUYENTE, SINOVITIS INTERFACETARIA EN TODOS LOS NIVBELES LUMBAR, LINFEDEMA SUCUTANEO EN LA REGION LUMOSACRA 03/08/2023 POLISOMNOGRAFIA: SINDROME DE APENA - HIPOAPNEA OBSTRUVIA DEL SUEÑO NIVEL LEVE, SUEÑO REM DE MENOR CANTIDAD, EFICIENCIA DE SUEPO 85% 17/07/2023 TAC DE CRANEO SIMPLE: NORMAL 17/07/2023 LEUCOS 7550 N 56.9 HB 15 HTO 43.6 PLAQ 390.000 VIH NO REACTIVO, VDRL NO REACTIVO, COLESTEROL TOTAL 245 HDL 40.6 TRI 258 LDL 188 HBA1C 6.3% 17/07/2023 TAC DE SENOS PARANASALES: PANSINUSITIS, TABIQUE NASAL SINUOSO CON EPOLON DE DISPOSICION IZQUIERDA ANALISIS PACIENTE CON LUMBAGO INCAPACITANTE YA EN SEGUIMEITNPOR NEUROCIRUGIA, CON TRASTON DEL SUEÑO, CONSDIERO MANEJO EMDICO CON QUETIAPNIA, ADEMAS DE MANEJO ANTIHIPERTNEISO ACTUAL. CONTROL CON MEIDCINA INTENR AEN 2 MESES. EXPLICO CONDCUTA PLAN 1. QUETIAPINA 25MG VO 24 HORAS 2. LOSARTAN 100/12.5MG VO CADA 24 HORAS 3. RECOMENDAIONES DE CUIDADO YS IGNOES DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS 4. CONTROL CO NMEDICINA INTENR AEN 2 MESES

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS	Cantidad	Posología
Código Nombre		
N05AQ000011 QUETIAPINA X 25 MG TABLETA	30	TOMAR 1 TAB VO CADA 24 HORAS
C09DA011012 LOSARTAN+HIDROCLOROTIAZIDA X 100+12.5MG TABLETA	30	TOMAR 1T AB VO CADA 24 HORAS

Profesional: ANA TERESA DIAZ HERNANDEZ
 T.P.: 1047391981

HISTORIA CLINICA GENERAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.: 3975 Registro No.: 13 Fecha: 09/10/2023 9:05:24
Registrado por: JACKLIN LISSETE ARAUJO ARRIETA

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento: 18938042 Tipo de Identificación: Cédula de Ciudadanía Edad: 64 Años \ 9 Meses \ 1 Días
Nombres: FERNANDO ANTONIO RAMOS PAYARES
Sexo: Masculino Email: FERNANDORAMOSPAYARES@HOTMAIL.COM Estado Civil: Casado (A)
Historia de: HISTORIA CLINICA GENERAL Origen de la Consulta: GENERAL
Acompañante: Parentesco: Teléfono: 3162742838
Grupo Poblacional: Vacío Pertenencia Étnica: Otras Etnias Nivel Educativo:
Ocupacion: 991 DOCENTES Fecha Ingreso al Programa: Discapacidad:
Causa Externa Enfermedad general Finalidad de Consulta Deteccion Enfermedad profesional

Motivo de consulta

VALORACION POR MEDICINA LABORAL - " LA COLUMNA"

Enfermedad actual

DOCENTE DE 64 AÑOS QUIEN VIENE REMITIDO DE NEUROCIRUGIA PORQUE REFIERE QUE EL DIA 26/08/2023 (SABADO EN HORAS DE LA MAÑANA) ESTABA MOVIENDO UNAS SILLAS EN EL COLEGIO Y EN UNO DE LOS MOVIMIENTOS PRESENTO DOLOR INTENSO EN REGION LUMBAR IZQUIERDA IRRADIADO A MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO ASOCIADO A DIFICULTAD PARA LOS MOVIMIENTOS Y PARA LA MARCHA; ESTA SITUACION OCURRIO UN SABADO EN HORARIO EXTRALABORAL QUE FUE A UNA REUNION EN EL COLEGIO ORGANIZADA POR LA PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ACCION COMUNAL, EL ALCALDE MUNICIPAL Y DIFERENTES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD; REFIERE QUE REPORTO EL EVENTO AL RECTOR DEL COLEGIO PERO HASTA EL MOMENTO NO ME HAN REPORTADO NADA NI TAMPOCO SE CUENTA CON LA INVESTIGACION DEL EVENTO. ESE MISMO DIA FUE A URGENCIAS ESE DIA ATENDIDO EN LA IPS SERMULTISALUD DE CODAZZI EN HORAS DE LA TARDE DONDE LE DIAGNOSTICAN LUMBAGO Y LE DAN ANALGESICOS; DEBIDO A PERSISTENCIA DEL DOLOR VOLVIO A CONSULTAR EL DIA 28/08/2023 AL INSTITUTO CARDIOVASCULAR DONDE LE REALIZARON RX DE COLUMNA LUMBAR QUE REPORTO: DENSIDAD OSEA ACORDE A LA EDAD, RECTIFICACION DE LA LORDOSIS LUMBAR, DESVIACION DEL RAQUIS LUMBAR HACIA LA IZQUIERDA, DISMINUCION DE LA ALTURA DEL CUERPO VERTEBRAL L5, SIN COLAPSO DEL MISMO, ESCLEROSIS DE LOS TECHOS ACETABULARES, SIGNOS DE SACROILEITIS BILATERAL; DURO HOSPITALIZADO 5 DIAS CON MANEJO MEDICO, DENTRO DE DICHA HOSPITALIZACION FUE VALORADO POR NEUROCIRUGIA QUIEN ANOTA EN LA HISTORIA CLINICA: " PACIENTE CON DOLOR LUMBAR SEVERO INCAPACITANTE DE INICIACION SUBITA CON DISCRETA IRRADIACION A MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, LEVE MEJORIA CON TRATAMIENTO IV, AL EXAMEN ACTITUD ANTALGICA, ESPASMO Y DOLOR LUMBAR SIN EVIDENCIA DE DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, RX CON DISCRETA ESCOLIOSIS Y ARTROSIS, RNM SIMPLE DE COLUMNA LUMBOSACRA: PROTUBERANCIAS DISCALES, ANALISIS: OACIENTE CON MEJORIA POR LO QUE SE DECIDE DAR SALIDA. FUE VALORADO POR CONSULTA EXTERNA POR NEUROCIRUGIA EL 23/09/2023 QUIEN ANOTA EN LA HISTORIA CLINICA: " EXAMEN FISICO: MARCHA ANTALGICA Y CLAUDICANTE, REFLEJOS ++, APOYADO EN MULERA, FUERZA 5/5, SENSIBILIDAD CONSERVADA, ESTUDIOS RADIOLOGICOS: RNM DE COLUMNA LUMBAR MUESTRA IMPORTANTE ESCOLIOSIS DE CONVEXIDAD IZQUIERDA, PROTRUSION CENTRAL L3-L4 IMPORTANTE Y OTRA L4-L5 QUA CONDICIONAN CANAL ESTRECHO, DX: LUMBAGO, CANAL LUMBAR ESTRECHO, LUMBALGIA SECUNDARIA, PROTRUSIONES L3-L4 Y L4-L5, SOLICITA ESTUDIOS Y ORDENA MEDICACION ANALGESICA; LE REALIZARON EMG + NC DE MMII EL 14/09/2023: ESTUDIO ANORMAL, COMPATIBLE CON MIELORADICULOPATIA L4,L5,S1 CRONICA BILATERAL (CANAL LUMBAR ESTRECHO?); GAMAGRAFIA OSEA CORPORAL TOTAL EL 25/09/2023: ESTUDIO GAMAGRAFICAMENTE NEGATIVO PARA DIAGNOSTICO DE FRACTURAS OCULTAS EN COLUMNA LUMBAR Y/O CINTURA PELVICA, OSTEOARTRITIS ACROMIOCLAVICULAR DERECHA, OSTEOARTROSIS ARTICULACIONES DE HOMBROS. FUE A CONSULTA DE CONTROL CON NEUROCIRUGIA EL 02/10/2023 QUIEN ANOTA EN LA HISTORIA CLINICA: " EL 26 DE AGOSTO 2023 LUEGO DE ESFUERZO LABORANDO, SEVERO DOLOR INCAPACITANTE IRRADIADO A AMBOS MIEMBROS SUPERIORES POR LO CUAL ESTUVO HOSPITALIZADO POR 5 DIAS CON ALIVIO PARCIAL, PERO ESTA AMBULATORIAMENTE MUY LIMITADO Y CON PERSISTENCIA DEL DOLOR Y CLAUDICACION EN LA MARCHA, TAMBIEN PRESENTA DOLOR Y DISESTESIAS EN MIEMBROS SUPERIORES. EXAMEN FISICO: MARCHA ANTALGICA Y CLAUDICANTE, DIFICULTAD PARA CAMINAR EN TALONES, REFLEJOS AUMENTADOS, APOYADO EN MULETA, FUERZA 5/5, SENSIBILIDAD CONSERVADA, ESTUDIOS RADIOLOGICOS: RNM DE COLUMNA LUMBAR MUESTRA IMPORTANTE ESCOLIOSIS DE CONVEXIDAD IZQUIERDA, PROTRUSION CENTRAL L3-L4 IMPORTANTE Y OTRA L4-L5 QUA CONDICIONAN CANAL ESTRECHO, EMG DE MMII DE SEPT/23 INFORMA ESTUDIO ANORMAL, COMPATIBLE CON MIELORADICULOPATIA L4,L5,S1 CRONICA BILATERAL (CANAL LUMBAR ESTRECHO), GAMAGRAFIA OSEA DE SEPT/23 INFORMA ESTUDIO GAMAGRAFICAMENTE NEGATIVO PARA DIAGNOSTICO DE FRACTURAS OCULTAS EN COLUMNA LUMBAR Y PELVIS, OSTEOARTROSIS ACROMIOCLAVICULAR DERECHA Y EN HOMBROS. DX: SINDROME PIRAMIDAL, LUMBAGO, CANAL LUMBAR ESTRECHO, PROTRUSIONES L3-L4 Y L4-L5, PLAN: SS RNM COLUMNA TORACICA Y CERVICAL, VAL POR MEDICINA LABORAL, MEDICACIONES, SE OFRECE TRATAMIENTO QUIRURGICO Y MANIFIESTA NO ESTAR DECIDIDO". ACTUALMENTE CON PERSISTENCIA DEL DOLOR EN REGION LUMBAR QUE SE EXACERBA EN LAS NOCHES, ADEMAS CON DOLOR OSTEOMUSCULAR DE MIEMBROS SUPERIORES, ACTUALMENTE CAMINA APOYADO EN CAMINADOR. SE DESMEPEÑA COMO COORDINADOR EN LA IE LAS FLORES SEDE BUENOS AIRES; FIM: 05/02/1989

Revisión por sistemas

Cabeza No Refiere
Cuello No Refiere
Órganos de los sentidos No Refiere
Tórax No Refiere
Gastrointestinal No Refiere
Genitourinario No Refiere

Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esferamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

EXAMEN FISICO

TA	180 / 100	FC	72	FR	16	Temperatura	37
Peso	68 Kg	Talla	1,6 m	IMC	26,5625		
Circunferencia cintura	0						

Impresión General

Cabeza/Cuello

ORL

Cardiopulmonar

Abdomen

Genitourinario

Osteomuscular DOLOR A LA PALPACION DE MUSCULOS PARAVERTEBRALES DE REGION LUMBAR, MARCHA PUNTA TALON LA REALIZA CON LEVE DIFICULTAD, AMA COLUMNA LUMBOSACRA: FLEXION HASTA 80°

Piel y Faneras

Neurológico

Extremidades

Esfera Mental

Taner

Signos de maltrato

Hernias

Criptorquidea

Agnesia

Tacto Rectal

Tacto Vaginal

Examen Testicular

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

Normal

Anormal

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnóstico	Tipo	Clase
	M511 - TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA	Definitivo	Confirmado Repetido
	I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Definitivo	Confirmado Repetido
	M419 - ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA	Definitivo	Confirmado Nuevo
	M190 - ARTROSIS PRIMARIA DE OTRAS ARTICULACIONES	Definitivo	Confirmado Nuevo

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

DOCENTE CON LUMBAGO, EL REFIERE QUE SECUNDARIO A MOVIMIENTO CON CARGA DE PESO OCURRIDO EN EL COLEGIO, LOS ESTUDIOS EVIDENCIAN PATOLOGIA CRONICA, SIN EMBARGO SE LE EXPLICA AL DOCENTE QUE DEBE REALIZAR TODO EL PROCESO DE REPORTE DEL AT, LUEGO VENDRA LA RESPECTIVA INVESTIGACION DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO Y AL YA TENER EL INFORME DE LA INVESTIGACION LO CITARE NUEVAMENTE PARA REALIZAR LA CALIFICACION DE ORIGEN DEL MISMO; POR OTRO LADO, SE LE EXPLICA QUE DEBE CONTINUAR EL TRATAMIENTO Y LOS CONTROLES CON SU ESPECIALISTA TRATANE Y QUE LO DEBEN REMITIR A MEDICINA LABORAL CUANDO YA LLEVE 3 A 4 MESES DE INCAPACIDAD PARA HACER SEGUIMIENTO A SU CASO, PACIENTE Y FAMILIAR REFIEREN ENTENDER.

Profesional: JACKLIN LISSETE ARAUJO ARRIETA
T.P.: 7332

HISTORIA CLINICA GENERAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.: 3975 Registro No.: 12 Fecha: 04/09/2023 7:27:28
Registrado por: ANA TERESA DIAZ HERNANDEZ

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento: 18938042 Tipo de Identificación: Cédula de Ciudadanía Edad: 64 Años \ 9 Meses \ 1 Días
Nombres: FERNANDO ANTONIO RAMOS PAYARES
Sexo: Masculino Email: FERNANDORAMOSPAYARES@HOTMAIL.COM Estado Civil: Casado (A)
Historia de: HISTORIA CLINICA GENERAL Origen de la Consulta: GENERAL
Acompañante: Parentesco: Teléfono:
Grupo Poblacional: Vacío Pertenencia Étnica: Otras Etnias Nivel Educativo:
Ocupacion: 991 DOCENTES Fecha Ingreso al Programa: Discapacidad:
Causa Externa Enfermedad general Finalidad de Consulta No Aplica

Motivo de consulta

ESTUVO HOSPITALIZADO

Enfermedad actual

PACIENTE MASCULINO DE 63 AÑOS CON CUADRO CLINICO E 5 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PARESTESIAS EN HEMICARA IZQUIERDA ASOCIADO PARESTIAS EN MIEMBROS SUPERIOR IZQUIERDO Y CEFALEA, HIPERSOMNIA DIURNA, DOLOR FIBROMUSCULAR, TRASTORNO DEL SUEÑO, CANSANCIO, POR LO QUE EN CITA PEVIA FUERON SOLICAIIDOS EXAMENES, HOY ACUDE CON RESULTADOS, REFIERE PRESENTO CUADRO DE LUMBDO INCAPCIDADTE POR QUE REQUIRIO HOSPITALIZACION POR NEUROCIRUGIA, ACTUALMENTE EN MAENJO CON PREGABALINA, IRBESARTAN, TRAMADOL+ACETAMINOFEN, PERISTE CON LIMITACION FUNCIONAL POR LO QUE NO ASISTE A CITA, ACUDE CON EN SU REPRESENTACION (NAYLETH FERNANDA RAMOS - HIJA) ANTECEDENTES PATOLOGICOS: SINUSITIS, PARALISIS FACIAL, HTA QUIRURGICOS: NIEGA ALERGIAS: NIEGA FARMACOLOGICOS: PREGABALINA, IRBESARTAN, TRAMADOL+ACETAMINOFEN EXAMENES 01/09/2023 RNM DE COLUMNA LUMBOSACRA: CURSA ESCOLITOCA LEVOCOVEXA, ESPONDILDISCORATROSIS LUMBAR, DISCOPAITA POR DESHIDRATCION EN EL SEGUNGO, TERCER Y CUADRO DISCOO INTERVENTREBRAL LUMBAR, CON HIPERTROFIA FACETARIA CONTRIBUYENTE, SINOVITIS INTERFACETARIA EN TODOS LOS NIVBELES LUMBAR, LINFEDEMA SUCUTANEO EN LA REGION LUMOSACRA 03/08/2023 POLISOMNOGRAFIA: SINDROME DE APENA - HIPOAPNEA OBSTRUVIA DEL SUEÑO NIVEL LEVE, SUEÑO REM DE MENOR CANTIDAD, EFICIENCIA DE SUEPO 85% 17/07/2023 TAC DE CRANEO SIMPLE: NORMAL 17/07/2023 LEUCOS 7550 N 56.9 HB 15 HTO 43.6 PLAQ 390.000 VIH NO REACTIVO, VDRL NO REACTIVO, COLESTEROL TOTAL 245 HDL 40.6 TRI 258 LDL 188 HBA1C 6.3% 17/07/2023 TAC DE SENOS PARANASALES: PANSINUSITIS, TABIQUE NASAL SINUOSO CON EPOLON DE DISPOSICION IZQUIERDA

Revisión por sistemas

Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esfereamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

EXAMEN FISICO

TA	1 / 1	FC	1	FR	1	Temperatura	1
Peso	1 Kg	Talla	1 m	IMC	1		
Circunferencia cintura	0						

Impresión General NO ASISTE A CITA, ACUDE EN SU REPRESENTACION HIJA, PACIENTE CON LIMTIACION ALA MARCHA Y EL MOVIMIENTO POR LUMBAGO
Cabeza/Cuello

ORL
 Cardiopulmonar
 Abdomen
 Genitourinario
 Osteomuscular
 Piel y Faneras
 Neurológico
 Extremidades
 Esfera Mental
 Taner
 Signos de maltrato

Hernias Criptorquidea Agnesia
 Tacto Rectal Tacto Vaginal Examen Testicular

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

Normal Anormal

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnóstico	Tipo	Clase
	M511 - TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA	Presuntivo	Impresión Diagnóstica
	M488 - OTRAS ESPONDILOPATIAS ESPECIFICADAS	Presuntivo	Impresión Diagnóstica
	I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Presuntivo	Impresión Diagnóstica
	G479 - TRASTORNO DEL SUEÑO, NO ESPECIFICADO	Presuntivo	Impresión Diagnóstica

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

PACIENTE MASCULINO DE 63 AÑOS CON CUADRO CLINICOD E 5 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PARESTESIAS EN HEMICARA IZQUIERDA ASOCAIDO PARESTIAS EN MIEMBROS SUPERIOR IZQUIERDO Y CEFALEA, HIPERSOMNIA DIURNA, DOLOR FIBROMUSCULAR, TRASTORNO DEL SUEÑO, CANSANCIO, POR LO QUE EN CITA PEVIA FUERON SOLICAIADOS EXAMENES, HOY ACUDE CON RESULTADOS, REFIERE PRESENTO CUADRO DE LUMBDO INCAPCIDADTE POR QUE REQUIRIO HOSPITALIZACION POR NEUROCIRUGIA, ACTUALMENTE EN MAENJO CON PREGABALINA, IRBESARTAN, TRAMADOL+ACETAMINOFEN, PERISTE CON LIMITACION FUNCIONAL POR LO QUE NO ASISTE A CITA, ACUDE CON EN SU REPRESENTACION (NAYLETH FERNANDA RAMOS - HIJA) ANTECEDENTES PATOLOGICOS: SINUSITIS, PARALISIS FACIAL, HTA QUIRURGICOS: NIEGA ALERGIAS: NIEGA FARMACOLOGICOS: PREGABALINA, IRBESARTAN, TRAMADOL+ACETAMINOFEN EXAMENES 01/09/2023 RNM DE COLUMNA LUMBOSACRA: CURSA ESCOLITOCA LEVOCOVEXA, ESPONDILDISCORATROSIS LUMBAR, DISCOPAITA POR DESHIDRATCION EN EL SEGUNGO, TERCER Y CUADRO DISCOO INTERVENTREBRAL LUMBAR, CON HIPERTROFIA FACETARIA CONTRIBUYENTE, SINOVITIS INTERFACETARIA EN TODOS LOS NIVBELES LUMBAR, LINFEDEMA SUCUTANEO EN LA REGION LUMOSACRA 03/08/2023 POLISOMNOGRAFIA: SINDROME DE APENA - HIPOAPNEA OBSTRUVIA DEL SUEÑO NIVEL LEVE, SUEÑO REM DE MENOR CANTIDAD, EFICIENCIA DE SUEPO 85% 17/07/2023 TAC DE CRANEO SIMPLE: NORMAL 17/07/2023 LEUCOS 7550 N 56.9 HB 15 HTO 43.6 PLAQ 390.000 VIH NO REACTIVO, VDRL NO REACTIVO, COLESTEROL TOTAL 245 HDL 40.6 TRI 258 LDL 188 HBA1C 6.3% 17/07/2023 TAC DE SENOS PARANASALES: PANSINUSITIS, TABIQUE NASAL SINUOSO CON EPOLON DE DISPOSICION IZQUIERDA ANALISIS PACIENTE CON LUMBAGO INCAPACITANTE QUIEN CONTINUAR SEGUIMIENOT CON NEUROCIRUGIA, APORTA POLISOMNOGRAFIA CON APNEA LEVE. CONSIDERO CONTINAUR CON MANEJO ANALGESICO, TERAPIAS FISICAS. CONTROL CON MEDICINA INTERNA EN 1 MES CON RESUTLADOS, SE INDCIA TRATAMIEITNO PARA OPTIMIZAR SUEÑO. SE DESCARTAR ESPONDILOARTROPATIA. EXPLICO CONDCUTA PLAN 1. ESZOPICLONA 2MG VO CADA 24 HORAS 2. CONTROL CON MEDICINA INTENRA EN 1MES 3. RECOMENDAIONES DE CUIDADO YS IGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS 4. CONTINAUR SEGUIMIENTO POR NEUROCIRUGIA 5. DIACEREINA 50MG VO CADA 24 HORAS 6. /S HLA B27 (AUTORIZAR)

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento	Cantidad
902204 - ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL	1

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

Código i Nombre	Cantidad	Posología
M01AX21045330 i DIACEREINA X 50 MG CAPSULA	30	TOMAR 1 TAB VO CADA 24 HORAS
N05CF040013 i ESZOPICLONA X 3 MG TABLETA	30	TOMAR MEDIA TABLETA CADA 24 HORAS

Profesional: ANA TERESA DIAZ HERNANDEZ
 T.P.: 1047391981

HISTORIA CLINICA GENERAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.: 3975 Registro No.: 11 Fecha: 23/08/2023 8:12:56
Registrado por: HEIKA JANEYRA DAZA

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento: 18938042 Tipo de Identificación: Cédula de Ciudadanía Edad: 64 Años \ 9 Meses \ 1 Días
Nombres: FERNANDO ANTONIO RAMOS PAYARES
Sexo: Masculino Email: FERNANDORAMOSPAYARES@HOTMAIL.COM Estado Civil: Casado (A)
Historia de: HISTORIA CLINICA GENERAL Origen de la Consulta: GENERAL
Acompañante: Parentesco: Teléfono:
Grupo Poblacional: Vacío Pertenencia Étnica: Otras Etnias Nivel Educativo:
Ocupacion: 991 DOCENTES Fecha Ingreso al Programa: Discapacidad:
Causa Externa Enfermedad general Finalidad de Consulta No Aplica

Motivo de consulta

CONMTROL MEDICO ASISTE CON LA ESPOSA.

Enfermedad actual

SE TRATA DE PTE QUIEN ASISTIO A CITA MEDICA PASADA POR CUADRO DE DISFONIA, CARRASPEO. TRASTORNO NASAL. TRASTORNO DEL SUEÑO. ANOTA OBSTRUCCION NASAL, RINORREA HIALINA, ESTORNUDOS. TIENE POLISOMNOGRAFIA QUE MUESTRA APNEA LEVE. SE LE SOLICITO NASOLARINGOSCOPIA LA CUAL REPORTA:HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES NASALES SEPTODESVIACION SEPTAL CONTACTANTE AREA 2 DE COTLE EN FOSA NASAL IZQUIERDA RESTO DE EF SIN CAMBIOS CUERDAS VOCALES SIN PATOLOGIA ANATOMICA NO FUNCIONAL. ANTECEDENTES DE PARALISIS FACIAL IZQUIERDA HACE 5 AÑOS DE MALA RECUPERACION , PERSISTE PARALIZADO. NIEGA HIPERTENSION NASAL.

Revisión por sistemas

Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esfereamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

EXAMEN FISICO

TA	1 / 1	FC	1	FR	1	Temperatura	1
Peso	1 Kg	Talla	1 m	IMC	1		
Circunferencia cintura	11						

Impresión General

Cabeza/Cuello

ORL

RINOSCOPIA : HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES, SEPTODESVIACION HACIA IZQUIERDA OBSTRUCTIVA.

Cardiopulmonar

Abdomen

Genitourinario

Osteomuscular

Piel y Faneras

Neurológico

Extremidades

Esfera Mental

Taner

Signos de maltrato

Hernias

Criptorquidea

Agenesia

Tacto Rectal

Tacto Vaginal

Examen Testicular

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

Normal

Anormal

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnóstico	Tipo	Clase
	J348 - OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA NARIZ Y DE LOS SENOS PARANASALES	Presuntivo	Impresión Diagnóstica
	G473 - APNEA DEL SUEÑO	Presuntivo	Impresión Diagnóstica

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

SE TRATA DE PTE QUIEN ASISTIO A CITA MEDICA PASADA POR CUADRO DE DISFONIA, CARRASPEO. TRASTORNO NASAL. TRASTORNO DEL SUEÑO. ANOTA OBSTRUCCION NASAL, RINORREA HIALINA, ESTORNUDOS. TIENE POLISOMNOGRAFIA QUE MUESTRA APNEA LEVE. SE LE SOLICITO NASOLARINGOSCOPIA LA CUAL REPORTA:HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES NASALES SEPTODESVIACION SEPTAL CONTACTANTE AREA 2 DE COTLE EN FOSA NASAL IZQUIERDA RESTO DE EF SIN CAMBIOS YA TIENE TAC QUE MUESTRA MISMA PATAOLOGIA. CUERDAS VOCALES SIN PATOLOGIA ANTONICA NO FUNCIONAL. ANTECEDENTES DE PARALISIS FACIAL IZQUIERDA HACE 5 AÑOS DE MALA RECUPERACION , PERSISTE PARALIZADO. NIEGA HIPERTENSION NASAL. PTE CON UNA INSUFICIENCIA VENTILATORIA NASAL SEVERA MAS TRASTORNO DEL SUEÑO. CON CRITERIOS CLINICOS, RADIOLOGICOS Y ENDOSCOPICOS PARA REALIZAR SEPTOPLASTIA FUNCIONAL MAS TURBINOPLASTIA BILATERAL.

Profesional: HEIKA JANEYRA DAZA
T.P.: NT

HISTORIA CLINICA GENERAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.: 3975 Registro No.: 10 Fecha: 11/08/2023 8:42:50
Registrado por: HEIKA JANEYRA DAZA

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento: 18938042 Tipo de Identificación: Cédula de Ciudadanía Edad: 64 Años \ 9 Meses \ 1 Días
Nombres: FERNANDO ANTONIO RAMOS PAYARES
Sexo: Masculino Email: FERNANDORAMOSPAYARES@HOTMAIL.COM Estado Civil: Casado (A)
Historia de: HISTORIA CLINICA GENERAL Origen de la Consulta: GENERAL
Acompañante: ASISTE SOLO Parentesco: Teléfono:
Grupo Poblacional: Indigentes Pertenencia Étnica: Otras Etnias Nivel Educativo:
Ocupacion: 991 DOCENTES Fecha Ingreso al Programa: Discapacidad:
Causa Externa Enfermedad general Finalidad de Consulta No Aplica

Motivo de consulta

DISFONIA, DOLOR FRONTALNASAL.

Enfermedad actual

SE TRATA DE PTE CON UN CUADRO DE DISFONIA DE FORMA INTERMITENTE QUE SE ACENTUA CON EL USO DE LA VOZ. ANOTA ADEMAS ANT DE RINOSISUSTIS EXACERBADA. ANT DE TRASTORNO DEL SUEÑO. SIN TTTO ACTUAL SINTOMATICO.

Revisión por sistemas

Cabeza	No Refiere	
Cuello	No Refiere	
Órganos de los sentidos	Refiere	OTOSCOPIA: NORMAL. RINOSCOPIA HIPERTROFIA D ELOS CORNETS NASALES. RESTO SIN CAMBIOS }LEVE DISFONIA EN CONSULTA.
Tórax	No Refiere	
Gastrointestinal	No Refiere	
Genitourinario	No Refiere	
Osteomuscular	No Refiere	
Extremidades	No Refiere	
Neurológico y Mental	No Refiere	
Cardiovascular	No Refiere	
Esferamental	No Refiere	
Piel y faneras	No Refiere	
Otro	No Refiere	

EXAMEN FISICO

TA	120 / 70	FC	65	FR	16	Temperatura	37
Peso	68 Kg	Talla	1,6 m	IMC	26,5625		
Circunferencia cintura	0						

Impresión General

Cabeza/Cuello

ORL

OTOSCOPIA: NORMAL. RINOSCOPIA HIPERTROFIA D ELOS CORNETS NASALES. RESTO SIN CAMBIOS }LEVE DISFONIA EN CONSULTA.

Cardiopulmonar

Abdomen

Genitourinario

Osteomuscular

Piel y Faneras

Neurológico

Extremidades

Esfera Mental

Taner

Signos de maltrato

Hernias

Criptorquidea

Agenesia

Tacto Rectal

Tacto Vaginal

Examen Testicular

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

Normal

Anormal

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnóstico	Tipo	Clase
	R490 - DISFONIA	Presuntivo	Impresión Diagnóstica
	J348 - OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA NARIZ Y DE LOS SENOS PARANASALES	Presuntivo	Impresión Diagnóstica

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

SE TRATA DE PTE CON CUADRO DISFONIA, TRASTORNO DEL SUEÑO YA DISGNOSTICADO MAS RINUSITIS EXACERBADA SIN TTO. PLAN: 1.NASOLARINGOSCOPIA. 2.BECLOMETASINA SPARY NASAL. POR 2 MESES 3.CONTROL CON RESULTADAOS DE NASO. SE INCAPACITA POR 15 DIAS.

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

Código | Nombre

Cantidad Posología

R03BA01461 | BECLOMETASONA X 50 MCG SOLUCION PARA NEBULIZACION (AEROSOL NASAL)

2

APLICAR 2
PUFF EN CADA
FOSA NASAL
POR LAS
NOCHES.

Profesional: HEIKA JANEYRA DAZA
T.P.: NT

HISTORIA CLINICA GENERAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.: 3975 Registro No.: 9 Fecha: 01/08/2023 10:43:20
Registrado por: ANA TERESA DIAZ HERNANDEZ

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento: 18938042 Tipo de Identificación: Cédula de Ciudadanía Edad: 64 Años \ 9 Meses \ 1 Días
Nombres: FERNANDO ANTONIO RAMOS PAYARES
Sexo: Masculino Email: FERNANDORAMOSPAYARES@HOTMAIL.COM Estado Civil: Casado (A)
Historia de: HISTORIA CLINICA GENERAL Origen de la Consulta: GENERAL
Acompañante: Parentesco: Teléfono:
Grupo Poblacional: Vacío Pertenencia Étnica: Otras Etnias Nivel Educativo:
Ocupacion: 991 DOCENTES Fecha Ingreso al Programa: Discapacidad:
Causa Externa Enfermedad general Finalidad de Consulta No Aplica

Motivo de consulta

VENGO A CONTROL

Enfermedad actual

PACIENTE MASCULINO DE 63 AÑOS CON CUADRO CLINICO E 5 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PARESTESIAS EN HEMICARA IZQUIERDA ASOCIADO PARESTIAS EN MIEMBROS SUPERIOR IZQUIERDO Y CEFALEA, HIPERSOMNIA DIURNA, DOLOR FIBROMUSCULAR, TRASTORNO DEL SUEÑO, CANSANCIO, POR LO QUE EN CITA PREVIA FUERON SOLICIDADOS EXAMENES, HOY ACUDE CON RESULTADOS. PERSISTE CON MUY MAL PATRON DEL SUEÑO ANTECEDENTES PATOLOGICOS: SINUSITIS, PARALISIS FACIAL, HTA QUIRURGICOS: NIEGA ALERGIAS: NIEGA FARMACOLOGICOS: CETIRIZINA 10X1, ENALAPRIL 20X 1 EXAMENES 17/07/2023 TAC DE CRANEO SIMPLE: NORMAL 17/07/2023 LEUCOS 7550 N 56.9 HB 15 HTO 43.6 PLAQ 390.000 VIH NO REACTIVO, VDRL NO REACTIVO, COLESTEROL TOTAL 245 HDL 40.6 TRI 258 LDL 188 HBA1C 6.3% 17/07/2023 TAC DE SENOS PARANASALES: PANSINUSITIS, TABIQUE NASAL SINUOSO CON EPOLON DE DISPOSICION IZQUIERDA

Revisión por sistemas

Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esferamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

EXAMEN FISICO

TA	120 / 70	FC	70	FR	18	Temperatura	37
Peso	1 Kg	Talla	1 m	IMC	1		
Circunferencia cintura	0						

Impresión General

Cabeza/Cuello

ORL

CONGESTION NASAL, OBSTRUCCION NASAL , DOLOR FACIAL INTENSO

Cardiopulmonar

Abdomen

Genitourinario

Osteomuscular

Piel y Faneras

Neurológico
 Extremidades
 Esfera Mental
 Taner
 Signos de maltrato
 Hernias Criptorquidea Agenesia
 Tacto Rectal Tacto Vaginal Examen Testicular

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

	Normal	Anormal		
DIAGNOSTICOS				
Principal	Diagnóstico		Tipo	Clase
	J324 - PANSINUSITIS CRONICA		Presuntivo	Impresión Diagnóstica
	R51X - CEFALEA		Presuntivo	Impresión Diagnóstica
	E785 - HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA		Presuntivo	Impresión Diagnóstica
	G473 - APNEA DEL SUEÑO		Presuntivo	Impresión Diagnóstica

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

PACIENTE MASCULINO DE 63 AÑOS CON CUADRO CLINICOD E 5 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PARESTESIAS EN HEMICARA IZQUIERDA ASOCAIDO PARESTIAS EN MIEMBROS SUPERIOR IZQUIERDO Y CEFALEA, HIPERSOMNIA DIURNA, DOLOR FIBROMUSCULAR, TRASTORNO DEL SUEÑO, CANSANCIO, POR LO QUE EN CITA PREVIA FUERON SOLICAIIDOS EXAMENES, HOY ACUDE CON RESULTADOS. PERSISTE CON MUY MAL PATRON DEL SUEÑO ANTECEDENTES PATOLOGICOS: SINUSITIS, PARALISIS FACIAL, HTA QUIRURGICOS: NIEGA ALERGIAS: NIEGA FARMACOLOGICOS: CETIRIZINA 10X1, ENALAPRIL 20X 1 EXAMENES 17/07/2023 TAC DE CRANEO SIMPLE: NORMAL 17/07/2023 LEUCOS 7550 N 56.9 HB 15 HTO 43.6 PLAQ 390.000 VIH NO REACTIVO, VDRL NO REACTIVO, COLESTEROL TOTAL 245 HDL 40.6 TRI 258 LDL 188 HBA1C 6.3% 17/07/2023 TAC DE SENOS PARANASALES: PANSINUSITIA, TABIQUE NASAL SINUOSO CON EPOLON DE DISPOSICION IZQUIERDA ANALISIS PACIENTE CON CEFALEA CON SIGNOS DE ALARMA, PARESTIAS EN HEMICARA ADEMAS DE SINTOMAS SUGESTIVOS DE APNEA DEL SUEÑO, PERSIST CON MAL PATRON DE SUEÑO Y OBSTRUCCION NASAL. AL EXAMEN FISICO CON CIFRAS TENSIONATLE EN METAS, CON BUEN PATRON CARDIUPLMONAR, APORTA TAC DE CRNAO SIMPLE SIN ALTERAICONES, CON EVIDENCIA DE PANSINUSITIA, ADEMAS EN ESPERA DE POLISOMNOGRAFIA, LDL FUERA DE METAS. CONSIDERO MANEJO MEDICO CON ESTATINA, ADIMAS INDICO MANEJO DE SINUSITIS, CONTROL CON MEDICINA INTENRA EN 1 MES CON REPORTE DE ESTUDIOS. CONTROL CON RESULTADOS. EXPLICÓ CONDUCTA PLAN - ESZOPICLONA 2MG VO CADA 24 HORAS - BECLOMETASONA 1 SPRAY CADA 12 HORAS - SULTAMICILINA 750MG VO CADA 12 HORAS POR 7 DIAS - CELECOXIB 200MG VO CADA 24 HORAS - ATORVASTAINA 40MG VO CADA 24 HORAS - PENDIENTE POLISOMNOGRAFIA CON OXIMETRIA DE PULSO - INCAPACIDAD POR 3 DIAS - CONTROL CON RESULTADOS EN 1 MES - RECOMENDIONES DE CUIDAOY SIGNOS DE ALARM APRAACUIDR A URGENCIAS

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS			
Código	Nombre	Cantidad	Posología
C10AA050013	ATORVASTATINA X 40 MG TABLETA	30	TOMAR 1 TAB VO CADA 24 HORAS *** TRATAMIENTO PARA 3 MESES
M01AH01044251	CELECOXIB X 200 MG CAPSULA	30	TOMAR 1 TAB VO CADA 24 HORAS
J01CS000012	SULTAMICINA X 750 MG TABLETA	20	TOMAR 1 TAB VO CADA 12 HORAS POR 10 DIAS
R03BA01461	BECLOMETASONA X 50 MCG SOLUCION PARA NEBULIZACION (AEROSOL NASAL)	1	APLICAR 1 SPRAY CADA 12 HORAS
N05CF040013	ESZOPICLONA X 3 MG TABLETA	30	TOMAR 1 TAB VO CADA 24 HORAS

Profesional: ANA TERESA DIAZ HERNANDEZ
 T.P.: 1047391981

HISTORIA CLINICA GENERAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.: 3975 Registro No.: 8 Fecha: 17/07/2023 8:17:30
Registrado por: ANA TERESA DIAZ HERNANDEZ

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento: 18938042 Tipo de Identificación: Cédula de Ciudadanía Edad: 64 Años \ 9 Meses \ 1 Días
Nombres: FERNANDO ANTONIO RAMOS PAYARES
Sexo: Masculino Email: FERNANDORAMOSPAYARES@HOTMAIL.COM Estado Civil: Casado (A)
Historia de: HISTORIA CLINICA GENERAL Origen de la Consulta: GENERAL
Acompañante: Parentesco: Teléfono:
Grupo Poblacional: Vacío Pertenencia Étnica: Otras Etnias Nivel Educativo:
Ocupacion: 991 DOCENTES Fecha Ingreso al Programa: Discapacidad:
Causa Externa Enfermedad general Finalidad de Consulta No Aplica

Motivo de consulta

ESTOY MAL

Enfermedad actual

PACIENTE MASCULINO DE 63 AÑOS CON CUADRO CLINICO DE 5 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PARESTESIAS EN HEMICARA IZQUIERDA ASOCIADO PARESTIAS EN MIEMBROS SUPERIOR IZQUIERDO Y CEFALEA, HIPERSOMNIA DIURNA, DOLOR FIBROMUSCULAR, TRASTORNO DEL SUEÑO, CANSANCIO, POR LO QUE CONSULTA. ANTECEDENTES PATOLOGICOS: SINUSITIS, PARALISIS FACIAL, HTA QUIRURGICOS: NIEGA ALERGIAS: NIEGA FARMACOLOGICOS: CETIRIZINA, ENALAPRIL 20X 1 EXAMENES NO APORTA

Revisión por sistemas

Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esfarmental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

EXAMEN FISICO

TA	130 / 70	FC	70	FR	18	Temperatura	37
Peso	68 Kg	Talla	1 m	IMC	68		
Circunferencia cintura	0						

Impresión General
Cabeza/Cuello CONTRACTURA CERVICAL.
ORL DOLOR PARANASAL, CONGESTION NASAL
Cardiopulmonar
Abdomen
Genitourinario
Osteomuscular
Piel y Faneras
Neurológico PARALISIS FACIAL IZQUIERDA
Extremidades

Esfera Mental

Taner

Signos de maltrato

Hernias

Criptorquidea

Agenesia

Tacto Rectal

Tacto Vaginal

Examen Testicular

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

Normal

Anormal

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnóstico	Tipo	Clase
	G448 - OTROS SINDROMES DE CEFALEA ESPECIFICADOS	Presuntivo	Impresión Diagnóstica
	G473 - APNEA DEL SUEÑO	Presuntivo	Impresión Diagnóstica
	G518 - OTROS TRASTORNOS DEL NERVIIO FACIAL	Presuntivo	Impresión Diagnóstica

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

PACIENTE MASCULINO DE 63 AÑOS CON CUADRO CLINICOD E 5 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PARESTESIAS EN HEMICARA IZQUIERDA ASOCAIDO PARESTIAS EN MIEMBROS SUPERIOR IZQUIERDO Y CEFALEA, HIPERSOMNIA DIURNA, DOLOR FIBROMUSCULAR, TRASTORNO DEL SUEÑO, CANSANCIO, POR LO QUE CONSULTA. ANTECEDENTES PATOLOGICOS: SINUSITIS, PARALISIS FACIAL, HTA QUIRURGICOS: NIEGA ALERGIAS: NIEGA FARMACOLOGICOS: CETIRIZINA, ENALAPRIL 20X 1 EXAMENES NO APORTA ANALISIS PACIENTE CON CEFALEA CON SIGNOS DE ALARMA, PARESTIAS EN HEMICARA ADEMAS DE SINTOMAS SUGESTIVOS DE APENA DEL SUEÑO. AL EXAMEN FISICO CON CIFRAS TENSIONATLE EN METAS, CON BUEN PATRON CARDIUPLMONAR. CONSIDERO REALIZACION DE ESTUDIOS DE IMAGEN Y PARACLINCIOS PARA DETEMRIANR ETIOLOGAI DEL CUADRO, ADEMAS DE POLISOMNOGGRAFIA. CONTROL CON RESULTADOS.DOY INCAPACIDAD POR 7 DIAS. EXPLICO CODNCUTA PLAN - PREGABALINA 75MG VO CADA 24 HORAS - CIANOCOBALAMINA 1MG IM CADA 8 DIAS POR 4 DOSIS - S/S TAC DE CRANEO SIMPLE - S/S HBA1C, HEMOGRAMA, COLESTEROL TOTAL, LDL, HDL, TRIGLICERIDOS - S/S POLISOMNOGRAFIA CON OXIMETRIA DE PULSO - INCAPACIDAD POR 7 DIAS - CONTROLCON RESULTADOS - RECOMENDIONES DE CUIDAOY SIGNOS DE ALARM APRA ACUIDR A URGENCIAS

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento	Cantidad
903818 - COLESTEROL TOTAL	1
903815 - COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	1
903817 - COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	1
903868 - TRIGLICERIDOS	1
903426 - HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	1
906915 - PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	1
906249 - Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	1
902210 - HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

Código Nombre	Cantidad	Posología
N03AP000011 PREGABALINA X 75 MG TABLETA	30	TOMAR 1 TAB VO CADA 24 HORAS

Profesional: ANA TERESA DIAZ HERNANDEZ
T.P.: 1047391981

HISTORIA CLINICA GENERAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.: 3975 Registro No.: 7 Fecha: 13/07/2023 17:27:53
Registrado por: MAROLYS PAOLA MEJIA ROMERO

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento: 18938042 Tipo de Identificación: Cédula de Ciudadanía Edad: 64 Años \ 9 Meses \ 1 Días
Nombres: FERNANDO ANTONIO RAMOS PAYARES
Sexo: Masculino Email: FERNANDORAMOSPAYARES@HOTMAIL.COM Estado Civil: Casado (A)
Historia de: HISTORIA CLINICA GENERAL Origen de la Consulta: GENERAL
Acompañante: Parentesco: Teléfono:
Grupo Poblacional: Vacío Pertenencia Étnica: Otras Etnias Nivel Educativo:
Ocupación: 2330 Profesores de educación secundaria Fecha Ingreso al Programa: 13/07/2023 Discapacidad:
Causa Externa Enfermedad general Finalidad de Consulta No Aplica

Motivo de consulta

DESVIACION DE LA COMISURA LABIAL

Enfermedad actual

PACIENTE MASCULINO DE 63 AÑOS DE EDAD, RESIDENTE Y PROCEDENTE EN AGUSTIN CODAZZI CESAR, CASADA, DOCENTE , QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DESVIACION DE LA COMISURA LABIAL, MAS SENSACION DE PARESTESIA EN HEMICARA DERECHA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO POR LO CUAL CONSULTA EN EL DIA DE HOY

Revisión por sistemas

Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esferamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

EXAMEN FISICO

TA	110 / 70	FC	80	FR	18	Temperatura	36
Peso	68 Kg	Talla	1,6 m	IMC	26,5625		
Circunferencia cintura	0						

Impresión General

Cabeza/Cuello

ORL

DESVIACION DE LA COMISURA LABIAL LADO DERECHO

Cardiopulmonar

Abdomen

Genitourinario

Osteomuscular

Piel y Faneras

Neurológico

PARESTESIA EN CARA

Extremidades

Esfera Mental

Taner

Signos de maltrato

Hernias

Criptorquidea

Agnesia

Tacto Rectal

Tacto Vaginal

Examen Testicular

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

Normal

Anormal

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnóstico	Tipo	Clase
	G510 - PARALISIS DE BELL	Presuntivo	Confirmado Nuevo

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

PACIENTE CON CICLO DE VEJEZ , CON FAMILIA EN CONSOLIDACION, BAJO RIESGO CARDIOVASCULAR PACIENTE CON SINTOMAS Y SIGNOLOGIA DE PARALISIS DE BELL , HEMODINAMICAMENTE BIEN PLAN SE ORDENA VALORACION POR MEDICINA INTERNA , SE DAN RECOMENDACIONES ESPECIFICAS DE LA ENFERMEDAD, PLAN NUTRICIONAL, SIGNOLOGIA DE ALARMA . SE RECOMIENDA LAVADO DE MANOS CONSTANTEMENTE, USO DE TAPABOCAS, MANTENER EL DISTANCIAMIENTO FISICO Y SOCIAL, ,NO TOCAR OJOS ,NARIZ,BOCA, , QUEDARTE EN CASA, EN CASO DE FIEBRE TOS DIFICULTAD RESPIRATORIA CONSULTAR INMEDIATAMENTE. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y CUIDADOS PARA LA EDAD

Profesional: MAROLYS PAOLA MEJIA ROMERO
T.P.: NT

HISTORIA CLINICA GENERAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.: 3975 Registro No.: 6 Fecha: 06/07/2023 8:23:33
Registrado por: MAROLYS PAOLA MEJIA ROMERO

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento: 18938042 Tipo de Identificación: Cédula de Ciudadanía Edad: 64 Años \ 9 Meses \ 1 Días
Nombres: FERNANDO ANTONIO RAMOS PAYARES
Sexo: Masculino Email: FERNANDORAMOSPAYARES@HOTMAIL.COM Estado Civil: Casado (A)
Historia de: HISTORIA CLINICA GENERAL Origen de la Consulta: GENERAL
Acompañante: Parentesco: Teléfono:
Grupo Poblacional: Vacío Pertenencia Étnica: Otras Etnias Nivel Educativo:
Ocupacion: 2341 Profesores de educación primaria Fecha Ingreso al Programa: 06/07/2023 Discapacidad:
Causa Externa Enfermedad general Finalidad de Consulta No Aplica

Motivo de consulta

RINITIS CRONICA+ OBSTRUCCION NASAL

Enfermedad actual

PACIENTE DE 63 AÑOS DE EDAD, RESIDENTE Y PROCEDENTE EN AGUSTIN CODAZZI, PENSIONADO, CASADO, QUEIN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA DE EVOLUCION CARACTERIZADO RINORREA HIALINA NO FETIDA, MAS PRURITO NASAL, MAS DISFONIA, NIEGA FIEBRE, NIEGA ,ANOSMIA NIEGA ,PERDIDA DEL GUSTO, NIEGA DIARREA, NIEGA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN TATAMIENTO FARMACOLOGICO , POR LO CUAL CONSULTA EN EL DIA DE HOY

Revisión por sistemas

Cabeza	No Refiere	
Cuello	No Refiere	
Órganos de los sentidos	Refiere	OBSTRUCCION NASAL
Tórax	No Refiere	
Gastrointestinal	No Refiere	
Genitourinario	No Refiere	
Osteomuscular	No Refiere	
Extremidades	No Refiere	
Neurológico y Mental	No Refiere	
Cardiovascular	No Refiere	
Esferamental	No Refiere	
Piel y faneras	No Refiere	
Otro	No Refiere	

EXAMEN FISICO

TA	110 / 80	FC	88	FR	18	Temperatura	36
Peso	68 Kg	Talla	1,6 m	IMC	26,5625		
Circunferencia cintura	0						

Impresión General

Cabeza/Cuello

ORL

OBSTRUCCION NASAL DISFONIA RINITIS

Cardiopulmonar

Abdomen

Genitourinario

Osteomuscular

Piel y Faneras

Neurológico

Extremidades

Esfera Mental

Taner
 Signos de maltrato
 Hemias Criptorquidea Agenesia
 Tacto Rectal Tacto Vaginal Examen Testicular

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

Normal Anormal

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnóstico	Tipo	Clase
	J310 - RINITIS CRONICA	Presuntivo	Confirmado Nuevo
	J343 - HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES	Presuntivo	Confirmado Nuevo
	R490 - DISFONIA	Presuntivo	Confirmado Nuevo

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

PACIENTE EN CICLO DE VIDA DE VEJEZ CON FAMILIA EN CONSOLIDACION, BAJO RIESGO HEMODINAMICAMENTE BIEN, CON SIGNOS Y SINTOMAS DE RINITIS CRONICA+ OBSTRUCCION NASAL+ DISFONIA PLAN SE ORDENA OXIMETASOLINA EN GOTAS, CETIRIZINA TAB VIA ORAL CADA DIA, VITAMINA C TAB CADA DIA, ACETAMINOFEN TAB 500MG VIA ORAL CADA 6 HORAS, VALORACION POR ORL PLAN SE DAN RECOMENDACIONES ESPECIFICAS DE LA ENFERMEDAD, PLAN NUTRICIONAL. SE RECOMIENDA LAVADO DE MANOS CONSTANTEMENTE, USO DE TAPABOCAS, MANTENER EL DISTANCIAMIENTO FISICO ,NO TOCAR OJOS ,NARIZ,BOCA , QUEDARTE EN CASA, EN CASO DE FIEBRE TOS DIFICULTAD RESPIRATORIA CONSULTAR INMEDIATAMENTE. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y CUIDADOS PARA LA EDAD.EJERCICIO X 0 MINUTOS. NO ALCOHOL NO TABAQUISMO

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento	Cantidad
890282 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA	1

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

Código Nombre	Cantidad	Posología
R06AC000011 CETIRIZINA X 10 MG TABLETA	30	TOMAR UNA TAB VIA ORAL CADA 12 HORAS
N02BE01374011 ACETAMINOFEN X 500 MG TABLETA	30	TOMAR UNA TAB VIA ORAL CADA 6 HORAS
R01AA05422 OXIMETAZOLINA X 0.5% SOLUCION NASAL	1	APLICAR 2 GOTAS X OBSTRUCCION NASAL CADA 8 HORAS
A11GA01011 ASCORBICO ACIDO X 500 MG TABLETA	15	TOMAR UNA TAB VIA ORAL CADA 8 HORAS

Profesional: MAROLYS PAOLA MEJIA ROMERO
 T.P.: NT

HISTORIA CLINICA GENERAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.: 3975 Registro No.: 5 Fecha: 02/02/2022 14:19:58
Registrado por: MAROLYS PAOLA MEJIA ROMERO

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento: 18938042 Tipo de Identificación: Cédula de Ciudadanía Edad: 64 Años \ 9 Meses \ 1 Días
Nombres: FERNANDO ANTONIO RAMOS PAYARES
Sexo: Masculino Email: FERNANDORAMOSPAYARES@HOTMAIL.COM Estado Civil: Casado (A)
Historia de: HISTORIA CLINICA GENERAL Origen de la Consulta: GENERAL
Acompañante: Parentesco: Teléfono:
Grupo Poblacional: Vacío Pertenencia Étnica: Otras Etnias Nivel Educativo:
Ocupacion: 2341 Profesores de educación primaria Fecha Ingreso al Programa: 02/02/2022 Discapacidad:
Causa Externa Enfermedad general Finalidad de Consulta No Aplica

Motivo de consulta

ATENCION MEDICA POR TELESALUD-NORMATIVA DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL-RESOLUCION 385 DE 2020: DECLARACION DE EMERGENCIA SANITARIA POR CAUSA DEL CORONAVIRUS, RESOLUCION 380 DE 2020 Y ORDEN DE AISLAMIENTO PREVENTIVO OBLIGATORIO PARA TODOS LOS HABITANTES DE COLOMBIA (DECRETO 457 DE 2020) PARA EVITAR RIESGO DE EXPOSICION AL VIRUS.

Enfermedad actual

MASCULINO DE 62 AÑOS DE EDAD, RESIDENTE Y PROCEDENTE EN AGUSTIN CODAZZI, DOCENTE, CASADA, A QUIEN SE ATIENDE A TRAVES DE TELECONSULTA DEACUERDO CON ESTA MODALIDAD DE ATENCION SE REALIZA CONSULTA TELEFONICA AL NUMERO REGISTRADO DEL USUARIO (APORTADO POR EL ATENCION MEDICA POR TELESALUD-NORMATIVA DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL-EN SUS DATOS DE AFILIACION) PACIENTE ACEPTA ESTE TIPO DE CONSULTA EN MEDIO DE LA EMERGENCIA POR LA PANDEMIA DE COVID-19. ACTUALMENTE REFIERE QUE DESDE EL 19 /01/2022 COMENZO A PRESENTAR TOS NO PRODUCTIVA, RINORREA HIALINA NO FETIDA, MAS FIEBRE NO CUANTIFICADA E INTERMITENTE QUE DISMINUYE TRAS ACETAMINOFEN PERO POSTERIORMENTE REAPARECE, MAS FATIGA, Y ADINAMIA, MAS DEPOSICIONES DIARRECIAS LIQUIDA FETIDA EN NUMERO DE 4 AL DIA NIEGA ANOSMIA NIEGA PERDIDA DEL GUSTO, NIEGA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, SE CLASIFICA EN RIESGO ALTO POR FACTORES DE COOMORBILIDAD (OBESIDAD), Y ASMA NIEGA AUTOMEDICACION, REFIERE NO HABER VIAJADO AREAS DE CIRCULACION DEL VIRUS EN LOS ULTIMOS (15 DIAS) VACUNACION CONTRA EL COVID 19 CON SINOVAC 3 DOSIS FUA 30/11/2021 POR LO CUAL SE ORDENA PRUEBA DE HISOPADO NASOFARINGEO PARA COVID 19 FECHA REALIZACION EL DIA 22/01/2022 Y ENVIAN RESULTADO A TRAVES DE CORREO ELECTRONICO EL DIA 23/01/2022 POSITIVO PARA COVID 19, ACTUALMENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA EXACERBACION DE LA SINTOMATOLOGIA, EN SEGUIMIENTO CON ENFERMERIA 2 CONSULTAS DE SEGUIMIENTOS CON EVOLUCION FAVORABLE SE CONSIDERA CASO RECUPERADO DE COVID 19 POR LO CUAL CONSULTA EN EL DIA DE HOY

Revisión por sistemas

Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esféramental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

EXAMEN FISICO

TA	1 / 1	FC	1	FR	1	Temperatura	1
Peso	1 Kg	Talla	1 m	IMC	1		
Circunferencia cintura	1						

Impresión General
Cabeza/Cuello

ORL
 Cardiopulmonar
 Abdomen
 Genitourinario
 Osteomuscular
 Piel y Faneras
 Neurológico
 Extremidades
 Esfera Mental
 Taner
 Signos de maltrato

Hernias Criptorquidea Agenesia
 Tacto Rectal Tacto Vaginal Examen Testicular

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

Normal Anormal

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnóstico	Tipo	Clase
	Z718 - OTRAS CONSULTAS ESPECIFICADAS	Presuntivo	Confirmado Nuevo

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

1 ADULTEZ 2. FAMILIA EN CONSOLIDACION 3. CASO RECUPERADO DE COVID 19 4. ALTO RIESGO POR ANTECEDENTES DE OBESIDAD Y EDAD ANALISIS MASCULINO DE 62 AÑOS DE EDAD, RESIDENTE Y PROCEDENTE EN AGUSTIN CODAZZI, DOCENTE, CASADA, A QUIEN SE ATIENDE A TRAVES DE TELECONSULTA DEACUERDO CON ESTA MODALIDAD DE ATENCION SE REALIZA CONSULTA TELEFONICA AL NUMERO REGISTRADO DEL USUARIO (APORTADO POR EL ATENCION MEDICA POR TELESALUD-NORMATIVA DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL-EN SUS DATOS DE AFILIACION) PACIENTE ACEPTA ESTE TIPO DE CONSULTA EN MEDIO DE LA EMERGENCIA POR LA PANDEMIA DE COVID-19. ACTUALMENTE REFIERE QUE DESDE EL 19 /01/2022 COMENZO A PRESENTAR TOS NO PRODUCTIVA, RINORREA HIALINA NO FETIDA, MAS FIEBRE NO CUANTIFICADA E INTERMITENTE QUE DISMINUYE TRAS ACETAMINOFEN PERO POSTERIORMENTE REAPARECE, MAS FATIGA, Y ADINAMIA, MAS DEPOSICIONES DIARRECIAS LIQUIDA FETIDA EN NUMERO DE 4 AL DIA NIEGA ANOSMIA NIEGA PERDIDA DEL GUSTO, NIEGA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, SE CLASIFICA EN RIESGO ALTO POR FACTORES DE COOMORBILIDAD (OBESIDAD), Y ASMA NIEGA AUTOMEDICACION, REFIERE NO HABER VIAJADO AREAS DE CIRCULACION DEL VIRUS EN LOS ULTIMOS (15 DIAS) VACUNACION CONTRA EL COVID 19 CON SINOVAC 3 DOSIS FUA 30/11/2021 POR LO CUAL SE ORDENA PRUEBA DE HISOPADO NASOFARINGEO PARA COVID 19 FECHA REALIZACION EL DIA 22/01/2022 Y ENVIAN RESULTADO A TRAVES DE CORREO ELECTRONICO EL DIA 23/01/2022 POSITIVO PARA COVID 19. ACTUALMENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA EXACERBACION DE LA SINTOMATOLOGIA, EN SEGUIMIENTO CON ENFERMERIA 2 CONSULTAS DE SEGUIMIENTOS CON EVOLUCION FAVORABLE SE CONSIDERA CASO RECUPERADO DE COVID 19 POR LO CUAL CONSULTA EN EL DIA DE HOY PACIENTE QUIEN POR EMERGENCIA SANITARIA FRENTE A COVID 19 EN TODO EL TERRIOTORIO NACIONAL, LA UT FOSCAL CUB ACATA MEDIDAS DE CONTINGENCIA PARA EVITAR QUE PACIENTES VULNERABLES PUEDAN VERSE AFECTADOS POR DICHA PANDEMIA, MOTIVO POR EL CUAL SE REALIZA CONSULTA MEDICA DE P VIA TELEFONICA. SIN EMBARGO SE ACLARA QUE DATOS SUMINISTRADOS HOY COMO PARTE DEL EXAMEN FISICO Y SIGNOS VITALES NO SON VERACES SON DIGITADOS POR QUE SE REQUIERE AL MOMENTO DE GUARDAR REGISTRO CLINICO MEDICO LEGAL PLAN S REDUCIR AL MINIMO LOS ESPACIOS COMPARTIDOS GARANTIZANDO EN TODO CASO QUE ESTEN BIEN VENTILADOS. MANTENERSE EN UNA DISTANCIA MINIMA DE UN METRO CON EL ENFERMO, RESTRINGUIR LA ENTRADA DE VISITANTE HASTA QUE EL PACIENTE NO SE HAYA RECUPERADO POR COMPLETO Y ESTE LIBRE DE SIGNOS Y SINTOMAS, IMPLEMENTAR RUTINAS DE LAVADOS FRECUENTES DE LAS MANOS CON AGUA Y JABON, EVITAR EL CONTANTO DIRECTO CON LOS FLUIDOS CORPORALES SECRESIONES ORALES. VAGINALES Y RESPIRATORIAS Y CON LA HECES. LAS SABANAS, TOALLAS, PLATOS Y CUBIERTOS UTILIZADOS CON EL PACIENTE NO DEBE COMPARTIRSE CON OTRAS PERSONAS. SE RECOMIENDA USO DE TAPABOCA DENTRO DE LA CASA

Profesional: MAROLYS PAOLA MEJIA ROMERO
T.P.: NT

HISTORIA CLINICA GENERAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.: 3975 Registro No.: 4 Fecha: 27/01/2022 15:44:33
Registrado por: MAROLYS PAOLA MEJIA ROMERO

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento: 18938042 Tipo de Identificación: Cédula de Ciudadanía Edad: 64 Años \ 9 Meses \ 1 Días
Nombres: FERNANDO ANTONIO RAMOS PAYARES
Sexo: Masculino Email: FERNANDORAMOSPAYARES@HOTMAIL.COM Estado Civil: Casado (A)
Historia de: HISTORIA CLINICA GENERAL Origen de la Consulta: GENERAL
Acompañante: Parentesco: Teléfono:
Grupo Poblacional: Vacío Pertenencia Étnica: Otras Etnias Nivel Educativo:
Ocupacion: 991 DOCENTES Fecha Ingreso al Programa: 27/01/2022 Discapacidad:
Causa Externa Enfermedad general Finalidad de Consulta No Aplica

Motivo de consulta

ATENCION MEDICA POR TELESALUD-NORMATIVA DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL-RESOLUCION 385 DE 2020: DECLARACION DE EMERGENCIA SANITARIA POR CAUSA DEL CORONAVIRUS, RESOLUCION 380 DE 2020 Y ORDEN DE AISLAMIENTO PREVENTIVO OBLIGATORIO PARA TODOS LOS HABITANTES DE COLOMBIA (DECRETO 457 DE 2020) PARA EVITAR RIESGO DE EXPOSICION AL VIRUS.

Enfermedad actual

MASCULINO DE 62 AÑOS DE EDAD, RESIDENTE Y PROCEDENTE EN AGUSTIN CODAZZI, DOCENTE, CASADA, A QUIEN SE ATIENDE A TRAVES DE TELECONSULTA DEACUERDO CON ESTA MODALIDAD DE ATENCION SE REALIZA CONSULTA TELEFONICA AL NUMERO REGISTRADO DEL USUARIO (APORTADO POR EL ATENCION MEDICA POR TELESALUD-NORMATIVA DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL-EN SUS DATOS DE AFILIACION) PACIENTE ACEPTA ESTE TIPO DE CONSULTA EN MEDIO DE LA EMERGENCIA POR LA PANDEMIA DE COVID-19. ACTUALMENTE REFIERE QUE DESDE EL 19 /01/2022 COMENZO A PRESENTAR TOS NO PRODUCTIVA, RINORREA HIALINA NO FETIDA, MAS FIEBRE NO CUANTIFICADA E INTERMITENTE QUE DISMINUYE TRAS ACETAMINOFEN PERO POSTERIORMENTE REAPARECE, MAS FATIGA, Y ADINAMIA, MAS DEPOSICIONES DIARRECIAS LIQUIDA FETIDA EN NUMERO DE 4 AL DIA NIEGA ANOSMIA NIEGA PERDIDA DEL GUSTO, NIEGA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, SE CLASIFICA EN RIESGO ALTO POR FACTORES DE COOMORBILIDAD (OBESIDAD), Y ASMA NIEGA AUTOMEDICACION, REFIERE NO HABER VIAJADO AREAS DE CIRCULACION DEL VIRUS EN LOS ULTIMOS (15 DIAS) VACUNACION CONTRA EL COVID 19 CON SINOVAC 3 DOSIS FUA 30/11/2021 POR LO CUAL SE ORDENA PRUEBA DE HISOPADO NASOFARINGEO PARA COVID 19 FECHA REALIZACION EL DIA 22/01/2022 Y ENVIAN RESULTADO A TRAVES DE CORREO ELECTRONICO EL DIA 23/01/2022 POSITIVO PARA COVID 19, ACTUALMENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA EXACERBACION DE LA SINTOMATOLOGIA, EN SEGUIMIENTO CON ENFERMERIA CON EVOLUCION FAVORABLE POR LO CUAL CONSULTA EN EL DIA DE HOY

Revisión por sistemas

Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esferamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

EXAMEN FISICO

TA	1 / 1	FC	1	FR	1	Temperatura	1
Peso	1 Kg	Talla	1 m	IMC	1		
Circunferencia cintura	1						

Impresión General
Cabeza/Cuello

ORL
 Cardiopulmonar
 Abdomen
 Genitourinario
 Osteomuscular
 Piel y Faneras
 Neurológico
 Extremidades
 Esfera Mental
 Taner
 Signos de maltrato

Hernias Criptorquidea Agenesia
 Tacto Rectal Tacto Vaginal Examen Testicular

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

Normal Anormal

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnóstico	Tipo	Clase
	U071 - COVID-19 (virus identificado)	Presuntivo	Confirmado Nuevo

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

1 ADULTEZ 2. FAMILIA EN CONSOLIDACION 3. CASO CONFIRMADO DE COVID 19 4. ALTO RIESGO POR ANTECEDENTES DE OBESIDAD Y EDAD ANALISIS MASCULINO DE 62 AÑOS DE EDAD, RESIDENTE Y PROCEDENTE EN AGUSTIN CODAZZI, DOCENTE, CASADA, A QUIEN SE ATIENDE A TRAVES DE TELECONSULTA DE ACUERDO CON ESTA MODALIDAD DE ATENCION SE REALIZA CONSULTA TELEFONICA AL NUMERO REGISTRADO DEL USUARIO (APORTADO POR EL ATENCION MEDICA POR TELESALUD-NORMATIVA DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL-EN SUS DATOS DE AFILIACION) PACIENTE ACEPTA ESTE TIPO DE CONSULTA EN MEDIO DE LA EMERGENCIA POR LA PANDEMIA DE COVID-19. ACTUALMENTE REFIERE QUE DESDE EL 19 /01/2022 COMENZO A PRESENTAR TOS NO PRODUCTIVA, RINORREA HIALINA NO FETIDA, MAS FIEBRE NO CUANTIFICADA E INTERMITENTE QUE DISMINUYE TRAS ACETAMINOFEN PERO POSTERIORMENTE REAPARECE, MAS FATIGA, Y ADINAMIA, MAS DEPOSICIONES DIARRECIAS LIQUIDA FETIDA EN NUMERO DE 4 AL DIA NIEGA ANOSMIA NIEGA PERDIDA DEL GUSTO, NIEGA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, SE CLASIFICA EN RIESGO ALTO POR FACTORES DE CO-MORBILIDAD (OBESIDAD), Y ASMA NIEGA AUTOMEDICACION, REFIERE NO HABER VIAJADO AREAS DE CIRCULACION DEL VIRUS EN LOS ULTIMOS (15 DIAS) VACUNACION CONTRA EL COVID 19 CON SINOVAC 3 DOSIS FUA 30/11/2021 POR LO CUAL SE ORDENA PRUEBA DE HISOPADO NASOFARINGEO PARA COVID 19 FECHA REALIZACION EL DIA 22/01/2022 Y ENVIAN RESULTADO A TRAVES DE CORREO ELECTRONICO EL DIA 23/01/2022 POSITIVO PARA COVID 19. ACTUALMENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA EXACERBACION DE LA SINTOMATOLOGIA, EN SEGUIMIENTO CON ENFERMERIA CON EVOLUCION FAVORABLE POR LO CUAL CONSULTA EN EL DIA DE HOY PACIENTE QUIEN POR EMERGENCIA SANITARIA FRENTE A COVID 19 EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL, LA UT FOSCAL CUB ACATA MEDIDAS DE CONTINGENCIA PARA EVITAR QUE PACIENTES VULNERABLES PUEDAN VERSE AFECTADOS POR DICHA PANDEMIA, MOTIVO POR EL CUAL SE REALIZA CONSULTA MEDICA DE P VIA TELEFONICA. SIN EMBARGO SE ACLARA QUE DATOS SUMINISTRADOS HOY COMO PARTE DEL EXAMEN FISICO Y SIGNOS VITALES NO SON VERACES SON DIGITADOS POR QUE SE REQUIERE AL MOMENTO DE GUARDAR REGISTRO CLINICO MEDICO LEGAL PLAN SE ORDENA AISLAMIENTO OBLIGATORIO PREVENTIVO EN CASA DURANTE 7 DIAS ,CONSULTA CONTROL PARA EL DIA 25/01/2022 SE ACTIVA RUTA DE COVID 19, INSTAURADA EN LA CEMA, SE RECOMIENDA ABUNDANTES LIQUIDOS ORALES, SIGNOLOGIA DE ALARMA (FIEBRE PERSISTENTE QUE NO SE DA CON ANALGESICOS, SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CIANOSIS, TAQUICARDIA, DOLOR ABDOMINAL, ANOSMIA) LLAMAR INMEDIATAMENTE A LAS LINEAS REFERTENTES ASIGNADAS PARA MANEJO DE COVID 19 DE LA CEMA Y DEL MUNICIPIO AGUSTIN CODAZZI. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CON ACIDO ASCORBICO TAB 500MG VIA ORAL CADA 8 HORAS, KETOTIFENO JARABE AZITROMICINA TAB 500MG VIA ORAL CADA DIA, IBUPROFENO TAB 400MG VIA ORAL CADA 8 HORAS, SE ACTIVA CERCO EPIDEMIOLOGICO CON SECRETARIA SALUD MUNICIPAL SE RECOMIENDA INSTALARSE EN HABITACION CONFORTABLE SOLO CON BAÑO EXCLUSIVO, LIMITAR LOS MOVIMIENTOS DEL DENTRO DE LA CASA, Y REDUCIR AL MINIMO LOS ESPACIOS COMPARTIDOS GARANTIZANDO EN TODO CASO QUE ESTEN BIEN VENTILADOS. MANTENERSE EN UNA DISTANCIA MINIMA DE UN METRO CON EL ENFERMO, RESTRINGUIR LA ENTRADA DE VISITANTE HASTA QUE EL PACIENTE NO SE HAYA RECUPERADO POR COMPLETO Y ESTE LIBRE DE SIGNOS Y SINTOMAS, IMPLEMENTAR RUTINAS DE LAVADOS FRECUENTES DE LAS MANOS CON AGUA Y JABON, EVITAR EL CONTACTO DIRECTO CON LOS FLUIDOS CORPORALES SECRECIONES ORALES. VAGINALES Y RESPIRATORIAS Y CON LA HECES. LAS SABANAS, TOALLAS, PLATOS Y CUBIERTOS UTILIZADOS CON EL PACIENTE NO DEBE COMPARTIRSE CON OTRAS PERSONAS. SE RECOMIENDA USO DE TAPABOCA DENTRO DE LA CASA

Profesional: MAROLYS PAOLA MEJIA ROMERO
 T.P.: NT

HISTORIA CLINICA GENERAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.: 3975 Registro No.: 3 Fecha: 21/01/2022 13:36:48
Registrado por: MAROLYS PAOLA MEJIA ROMERO

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento: 18938042 Tipo de Identificación: Cédula de Ciudadanía Edad: 64 Años \ 9 Meses \ 1 Días
Nombres: FERNANDO ANTONIO RAMOS PAYARES
Sexo: Masculino Email: FERNANDORAMOSPAYARES@HOTMAIL.COM Estado Civil: Casado (A)
Historia de: HISTORIA CLINICA GENERAL Origen de la Consulta: GENERAL
Acompañante: Parentesco: Teléfono:
Grupo Poblacional: Vacío Pertenencia Étnica: Otras Etnias Nivel Educativo:
Ocupacion: 991 DOCENTES Fecha Ingreso al Programa: 21/01/2022 Discapacidad:
Causa Externa Enfermedad general Finalidad de Consulta No Aplica

Motivo de consulta

ATENCION MEDICA POR TELESALUD-NORMATIVA DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL-RESOLUCION 385 DE 2020: DECLARACION DE EMERGENCIA SANITARIA POR CAUSA DEL CORONAVIRUS, RESOLUCION 380 DE 2020 Y ORDEN DE AISLAMIENTO PREVENTIVO OBLIGATORIO PARA TODOS LOS HABITANTES DE COLOMBIA (DECRETO 457 DE 2020) PARA EVITAR RIESGO DE EXPOSICION AL VIRUS.

Enfermedad actual

MASCULINO DE 62 AÑOS DE EDAD, RESIDENTE Y PROCEDENTE EN AGUSTIN CODAZZI, DOCENTE, CASADA, A QUIEN SE ATIENDE A TRAVES DE TELECONSULTA DEACUERDO CON ESTA MODALIDAD DE ATENCION SE REALIZA CONSULTA TELEFONICA AL NUMERO REGISTRADO DEL USUARIO (APORTADO POR EL ATENCION MEDICA POR TELESALUD-NORMATIVA DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL-EN SUS DATOS DE AFILIACION) PACIENTE ACEPTA ESTE TIPO DE CONSULTA EN MEDIO DE LA EMERGENCIA POR LA PANDEMIA DE COVID-19. ACTUALMENTE REFIERE QUE DESDE EL 19 /01/2022 COMENZO A PRESENTAR TOS NO PRODUCTIVA, RINORREA HIALINA NO FETIDA, MAS FIEBRE NO CUANTIFICADA E INTERMITENTE QUE DISMINUYE TRAS ACETAMINOFEN PERO POSTERIORMENTE REAPARECE, MAS FATIGA, Y ADINAMIA, MAS DEPOSICIONES DIARRECIAS LIQUIDA FETIDA EN NUMERO DE 4 AL DIA NIEGA ANOSMIA NIEGA PERDIDA DEL GUSTO, NIEGA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, SE CLASIFICA EN RIESGO ALTO POR FACTORES DE COOMORBILIDAD (OBESIDAD), Y ASMA NIEGA AUTOMEDICACION, REFIERE NO HABER VIAJADO AREAS DE CIRCULACION DEL VIRUS EN LOS ULTIMOS (15 DIAS) VACUNACION CONTRA EL COVID 19 CON SINOVAC 3 DOSIS FUA 30/11/2021 POR LO CUAL CONSULTA EN EL DIA DE HOY

Revisión por sistemas

Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esferamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

EXAMEN FISICO

TA	1 / 1	FC	1	FR	1	Temperatura	1
Peso	1 Kg	Talla	1 m	IMC	1		
Circunferencia cintura	1						

Impresión General
Cabeza/Cuello
ORL
Cardiopulmonar
Abdomen

Genitourinario
Osteomuscular
Piel y Faneras
Neurológico
Extremidades
Esfera Mental
Taner
Signos de maltrato

Hernias Criptorquidea Agenesia
Tacto Rectal Tacto Vaginal Examen Testicular

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

Normal **Anormal**

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnóstico	Tipo	Clase
	U072 - COVID-19 (VIRUS NO IDENTIFICADO)	Presuntivo	Confirmado Nuevo

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

. ADULTEZ 2. FAMILIA EN CONSOLIDACION 3. CASO SOSPECHOSO DE COVID 19 4. ALTO RIESGO POR ANTECEDENTES DE OBESIDAD Y EDAD ANALISIS MASCULINO DE 62 AÑOS DE EDAD, RESIDENTE Y PROCEDENTE EN AGUSTIN CODAZZI, DOCENTE, CASADA, A QUIEN SE ATIENDE A TRAVES DE TELECONSULTA DE ACUERDO CON ESTA MODALIDAD DE ATENCION SE REALIZA CONSULTA TELEFONICA AL NUMERO REGISTRADO DEL USUARIO (APORTADO POR EL ATENCION MEDICA POR TELESALUD-NORMATIVA DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL-EN SUS DATOS DE AFILIACION) PACIENTE ACEPTA ESTE TIPO DE CONSULTA EN MEDIO DE LA EMERGENCIA POR LA PANDEMIA DE COVID-19. ACTUALMENTE REFIERE QUE DESDE EL 19 /01/2022 COMENZO A PRESENTAR TOS NO PRODUCTIVA, RINORREA HIALINA NO FETIDA, MAS FIEBRE NO CUANTIFICADA E INTERMITENTE QUE DISMINUYE TRAS ACETAMINOFEN PERO POSTERIORMENTE REAPARECE, MAS FATIGA, Y ADINAMIA, MAS DEPOSICIONES DIARRECIAS LIQUIDA FETIDA EN NUMERO DE 4 AL DIA NIEGA ANOSMIA NIEGA PERDIDA DEL GUSTO, NIEGA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, SE CLASIFICA EN RIESGO ALTO POR FACTORES DE COOMORBILIDAD (OBESIDAD), Y ASMA NIEGA AUTOMEDICACION, REFIERE NO HABER VIAJADO AREAS DE CIRCULACION DEL VIRUS EN LOS ULTIMOS (15 DIAS) VACUNACION CONTRA EL COVID 19 CON SINOVAC 3 DOSIS FUA 30/11/2021 POR LO CUAL CONSULTA EN EL DIA DE HOY PACIENTE QUIEN POR EMERGENCIA SANITARIA FRENTE A COVID 19 EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL, LA UT FOSCAL CUB ACATA MEDIDAS DE CONTINGENCIA PARA EVITAR QUE PACIENTES VULNERABLES PUEDAN VERSE AFECTADOS POR DICHA PANDEMIA, MOTIVO POR EL CUAL SE REALIZA CONSULTA MEDICA DE P VIA TELEFONICA. SIN EMBARGO SE ACLARA QUE DATOS SUMINISTRADOS HOY COMO PARTE DEL EXAMEN FISICO Y SIGNOS VITALES NO SON VERACES SON DIGITADOS POR QUE SE REQUIERE AL MOMENTO DE GUARDAR REGISTRO CLINICO MEDICO LEGAL PLAN SE SOLICITA PRUEBA PARA COVID 19, SE LLENA FICHA DE NOTIFICACION., SE ORDENA AISLAMIENTO OBLIGATORIO PREVENTIVO EN CASA DURANTE 7 DIAS ,CONSULTA CONTROL PARA EL DIA 25/01/2022 SE ACTIVA RUTA DE COVID 19, INSTAURADA EN LA CEMA, SE RECOMIENDA ABUNDANTES LIQUIDOS ORALES, SIGNOLOGIA DE ALARMA (FIEBRE PERSISTENTE QUE NO SE DA CON ANALGESICOS, SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CIANOSIS, TAQUICARDIA, DOLOR ABDOMINAL, ANOSMIA) LLAMAR INMEDIATAMENTE A LAS LINEAS REFETENTES ASIGNADAS PARA MANEJO DE COVID 19 DE LA CEMA Y DEL MUNICIPIO AGUSTIN CODAZZI. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CON ACIDO ASCORBICO TAB 500MG VIA ORAL CADA 8 HORAS, KETOTIFENO JARABE AZITROMICINA TAB 500MG VIA ORAL CADA DIA, IBUPROFENO TAB 400MG VIA ORAL CADA 8 HORAS, SE ACTIVA CERCO EPIDEMIOLOGICO CON SECRETARIA SALUD MUNICIPAL SE RECOMIENDA INSTALARSE EN HABITACION CONFORTABLE SOLO CON BAÑO EXCLUSIVO, LIMITAR LOS MOVIMIENTOS DEL DENTRO DE LA CASA, Y REDUCIR AL MINIMO LOS ESPACIOS COMPARTIDOS GARANTIZANDO EN TODO CASO QUE ESTEN BIEN VENTILADOS. MANTENERSE EN UNA DISTANCIA MINIMA DE UN METRO CON EL ENFERMO, RESTRINGUIR LA ENTRADA DE VISITANTE HASTA QUE EL PACIENTE NO SE HAYA RECUPERADO POR COMPLETO Y ESTE LIBRE DE SIGNOS Y SINTOMAS, IMPLEMENTAR RUTINAS DE LAVADOS FRECUENTES DE LAS MANOS CON AGUA Y JABON, EVITAR EL CONTACTO DIRECTO CON LOS FLUIDOS CORPORALES SECRESIONES ORALES. VAGINALES Y RESPIRATORIAS Y CON LA HECES. LAS SABANAS, TOALLAS, PLATOS Y CUBIERTOS UTILIZADOS CON EL PACIENTE NO DEBE COMPARTIRSE CON OTRAS PERSONAS. SE RECOMIENDA USO DE TAPABOCA DENTRO DE LA CASA

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

Código Nombre	Cantidad	Posología
J01FA100011 AZITROMICINA X 500 MG TABLETA	6	TOMAR UNA TAB VIA ORAL CADA DIA X 6 DIAS
M01AE030211 IBUPROFENO X 400 MG TABLETA	15	TOMAR UNA TAB VIA ORAL CADA 8 HORAS
S01GX08232633 KETOTIFENO X 1 MG JARABE	1	TOMAR 5CC VIA ORAL CADA 12 HORAS
A11GA01011 ASCORBICO ACIDO X 500 MG TABLETA	15	TOMAR UNA TAB VIA ORAL CADA 8 HORAS

Profesional: MAROLYS PAOLA MEJIA ROMERO
T.P.: NT

HISTORIA CLINICA GENERAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.: 3975 Registro No.: 2 Fecha: 17/07/2018 8:34:26
Registrado por: ANA RITA CABARCAS

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento: 18938042 Tipo de Identificación: Cédula de Ciudadanía Edad: 64 Años \ 9 Meses \ 1 Días
Nombres: FERNANDO ANTONIO RAMOS PAYARES
Sexo: Masculino Email: FERNANDORAMOSPAYARES@HOTMAIL.COM Estado Civil: Casado (A)
Historia de: HISTORIA CLINICA GENERAL Origen de la Consulta: GENERAL
Acompañante: Parentesco: Teléfono:
Grupo Poblacional: Vacío Pertenencia Étnica: Otras Etnias Nivel Educativo:
Ocupacion: 991 DOCENTES Fecha Ingreso al Programa: Discapacidad:
Causa Externa Enfermedad general Finalidad de Consulta No Aplica

Motivo de consulta

" ALERGIA NASAL "

Enfermedad actual

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE CRONICA EVOLUCION CONSISTENTE EN RINORREA HIALINA, CONGESTION NASAL, ESCOZOR CONSTANTE, ESTORNUDOS FRECUENTE, AUTOMEDICADO CON CETIRIZINA Y LORATADINA, SIN MEJORIA CLINICA. REFIERE LESIONES DESCAMATIVAS EN PIEL PRURIGINOSAS.

Revisión por sistemas

Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esferamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

EXAMEN FISICO

TA	120 / 70	FC	70	FR	19	Temperatura	36
Peso	70 Kg	Talla	1,6 m	IMC	27,3438		
Circunferencia cintura	0						

Impresión General

Cabeza/Cuello

ORL

RINORREA HIALINA CON CONGESTION NASAL IMPORTANTE, HIPEREMIA EN NARINAS, ESCURRIMIENTO POSTERIOR CON MUCOSIDAD HIALINA

Cardiopulmonar

Abdomen

Genitourinario

Osteomuscular

Piel y Faneras

Neurológico

Extremidades

Esfera Mental

Taner

Signos de maltrato

Hernias

Criptorquidea

Agnesia

Tacto Rectal

Tacto Vaginal

Examen Testicular

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

Normal

Anormal

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnóstico	Tipo	Clase
	J304 - RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	Presuntivo	Impresión Diagnóstica
	L309 - DERMATITIS, NO ESPECIFICADA	Presuntivo	Impresión Diagnóstica

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

PACIENTE CON CUADRO ANOTADO, CON IMPRESIÓN DIAGNOSTICO POR SINTOMAS Y HALLAZGOS CLINICOS DE RINITIS ALERGICA Y DERMATITIS CON ADECUADA APARIENCIA GENERAL, BUEN PATRON RESPIRATORIO, SIN CRITERIOS PARA SEPSIS, HIDRATADO, SIN DEFICIT NEUROLOGICO, SIN COMPLICACIONES AL MOMENTO, POR LO CUAL SE INICIA MANEJO. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR DE INMEDIATO A URGENCIAS.PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA CONDUCTA MEDICA.

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

Código Nombre	Cantidad	Posología
R03DM000011 MONTELUKAST X 4 MG TABLETA	30	TOMAR 1 TAB DIARIO
R06AD000011 DESLORATADINA X 5 MG TABLETA	15	TOMAR 1 TAB DIARIO
R03BA01461 BECLOMETASONA X 50 MCG SOLUCION PARA NEBULIZACION (AEROSOL NASAL)	1	HACER 2 PUFF POR CADA FOSA NASAL CADA 12 HORAS
D07CB000321 BETAMETASONA 0.05 % x 20 MG CREMA	1	APLICAR EN ZONAS DE LESION CADA 12HORAS

Profesional: ANA RITA CABARCAS
T.P.: 201409/2013

HISTORIA CLINICA GENERAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.: 3975 Registro No.: 1 Fecha: 15/03/2018 9:19:49
Registrado por: ANA RITA CABARCAS

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento: 18938042 Tipo de Identificación: Cédula de Ciudadanía Edad: 64 Años \ 9 Meses \ 1 Días
Nombres: FERNANDO ANTONIO RAMOS PAYARES
Sexo: Masculino Email: FERNANDORAMOSPAYARES@HOTMAIL.COM Estado Civil: Casado (A)
Historia de: HISTORIA CLINICA GENERAL Origen de la Consulta: GENERAL
Acompañante: Parentesco: Teléfono:
Grupo Poblacional: Vacío Pertenencia Étnica: Otras Etnias Nivel Educativo:
Ocupacion: 991 DOCENTES Fecha Ingreso al Programa: Discapacidad:
Causa Externa Enfermedad general Finalidad de Consulta No Aplica

Motivo de consulta

" TENGO PROBLEMA EN LOS OJOS Y ME SIENTO AGOTADO"

Enfermedad actual

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 1 AÑO DE EVOLUCION CONSISTENTE EN PTOSIS PARPEBRAL IZQUIERDA, CON EPIFORA CONSTANTE, VISION BORROSA, FOSFENOS, DISMINUCION PROGRESIVA DE LA AGUDEZA VISUAL DE RAPIDA EVOLUCION PARA OBJETOS CERCANOS Y LEJANOS, POSTERIOR A EPISODIO DE PARALISIS DE BELL, REFIERE ADEMAS ASTENIA DESDE HACE 2 MESES.

Revisión por sistemas

Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esferamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

EXAMEN FISICO

TA	120 / 70	FC	70	FR	19	Temperatura	36
Peso	71 Kg	Talla	1,6 m	IMC	27,7344		
Circunferencia cintura	0						

Impresión General

Cabeza/Cuello CON PTOSIS PARPEBRAL IZQUIERDA, EPIFORA BILATERAL Y DISMINUCION DE LA FRECUENCIA DEL PARPADEO.

ORL

Cardiopulmonar

Abdomen

Genitourinario

Osteomuscular

Piel y Faneras

Neurológico

Extremidades

Esfera Mental

Taner

Signos de maltrato

Hernias

Criptorquidea

Agenesia

Tacto Rectal

Tacto Vaginal

Examen Testicular

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

Normal

Anormal

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnóstico	Tipo	Clase
	H024 - BLEFAROPTOSIS	Presuntivo	Impresión Diagnóstica
	Z000 - EXAMEN MEDICO GENERAL	Presuntivo	Impresión Diagnóstica

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

PACIENTE CON CUADRO ANOTADO, CON ADECUADA APARIENCIA GENERAL, BUEN PATRON RESPIRATORIO, SIN CRITERIOS PARA SEPSIS, HIDRATADO, SIN DEFICIT NEUROLOGICO, SIN COMPLICACIONES AL MOMENTO, POR LO CUAL SE INICIA MANEJO Y SE SOLICITA POR LO ANTERIOR DESCRITO VALORACION POR OFTALMOLOGIA DADA RELACION CON ANTECEDENTE DE PARALISIS DE BELL. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR DE INMEDIATO A URGENCIAS.PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA CONDUCTA MEDICA.

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento	Cantidad
903841 - GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1
902207 - HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	1
903818 - COLESTEROL TOTAL	1
903816 - COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	1
903868 - TRIGLICERIDOS	1

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

Código Nombre	Cantidad	Posología
S01XC001601 CARBOXIMETILCELULOSA AL 0.5% SOLUCION OFTALMICA	1	APLICAR 1 GOTTA EN CADA OJO CADA 6 HORAS

Profesional: ANA RITA CABARCAS
T.P.: 201409/2013