



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Rafael Tovar Poveda
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ALTERNATIVA

CÓDIGO: AS-F043

ANEXO TÉCNICO N°9 (Resolución 4331 de 2012)

FECHA: 2 0 2 0 / 0 2 / 0 5 HORA: 2 3 / 3 0

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre:	E S E R A F A E L T O V A R P O V E D A	NIT:	X 9 0 0 2 1 1 4 7 7 - 1
Código:	1 8 6 1 0 0 2 0 0 3	Dirección prestador:	
Teléfono:		Departamento:	CAQUETÁ 0 1 8
		Municipio:	SAN JOSE DEL FRAGUA 6 1 0

DATOS DEL PACIENTE

BALBUENA	CALDERON	RAMON	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Registro civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	8 3 1 8 2 4 4 2	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin identificación	Número de identificación	
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificación	AAAA MM DD	
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería	Fecha de nacimiento: 1 9 7 7 / 0 3 / 2 6		
Dirección de Residencia Habitual:		SAN JOSE	
Departamento:		CAQUETÁ	0 1 8
Municipio:		SAN JOSE 0 0 1	

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMEVA CÓDIGO: 0 0 0 0 0 0

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

MUÑOZ	BLANCA	NELCY
Primer Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento de Identificación		
<input type="checkbox"/> Registro civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	26624933
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin identificación	Número documento de identificación
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificación	
Dirección de Residencia Habitual:		SAN JOSE
Departamento:		CAQUETÁ 0 1 8
Municipio:		SAN JOSE 6 1 0

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre:	DANIELA POLANIA	Tel:	3 2 2 8 1 4 7 5 8 4
Servicio que solicita la referencia:	URGENCIAS PRIMER NIVEL	Teléfono celular:	
Servicio para el cual se solicita la referencia:	ACEPTADO EN MEDILASER, POR CREU		

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

PACIENTE DE 42 AÑOS CON ANTECEDENTE DE CA GASTRICO BORMAN II EN CURVATURA MAYOR METASTASICO GANGLIONAR ??? IRRESECCABLE CON REQUERIMIENTO DE GASTROEYUNOSTOMIA EN EL MES DE OCTUBRE ASISTE POR CUADRO CLINICO DE 1 DIA DE EVOLUCION ONCISITENTEN EN SESNACION DE ASTENIA ADINAMIA, INAPETENCIA, DISNEA, SENSACION DE ASFIXIAS, NIEGA PICOS FEBRILES, REFIEIRE PRESENCIA DE TOS NO EMETISANTE NO CIANOSANTE, SIN PRESENCIA DE SECRECIONES, NIEGA PRESNECIA DE SINTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS NIEGA LA PRESENCIA DE OTROS SINTOMAS, FAMILIAR REFIEIRE QUEW PACIENTE ABANDONO TTO ONCOLOGICO, EN EL OMENTO PACIENTE SIN NINGUN TIPO DE SEGUIMIENTO, EN EL MOMNTO DEL INGRESO PACIENTE ALERTA ORIENTADO EN TRES ESFERAS, REFIEIRE INTENSO DOLOR, Y SENSEACION DE ASFIXIA, PACIENTE INTERACTUA CON EXAMINADOR Y MEDIOS, PACIENTE CON GLASGOW 15/15, TEZ PALIDA AMARILLENTA, SIN SDR, CON DESATURACION 83 %, MUCOSA ORAL Y CONJUTIVAL PALIDA, SV PCIENTE CON CIFRAS TENSIONALES DENTRO DE LIMITES SIN TAQUICARDIA, AFEBRIL CON DESATURACION CON REQUERIMIENTO DE O2, AL EXMANE FISICO PACIENTE EN SITUACION DE CAQUEXIA, PALIDO, MUCOSAS PALIDAD, PIEL FRIAS SECA CON SIGNOS DE DESHIDRATACION, RUIDOS CARDICOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULONAR PRESENTA LEVES SIBILANCIAS EN CAMPO PULMONAR IZQUIERDO, ABDOMEN CON EXTREMA DELGADEZ, DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALAPCION SIN SINGOS DE IRRITAICON, EXTERMIDADES SIMETRICAS EUTRFICAS, NEUROLOGICOS SIN DEFICIT APARENTNE, SE INGRESA PACIENTE PAPRA ESTABILIZACION Y TOMAS PARACLINICA, PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA PLAN CANAIZAR SSN 0.9 % BOLO 1000 CONTINUAR A 100 CC HORA RANITIDINA METOCLOPRAMIDA TRAMADOSL 50 IV 50 SUBCUTANEO O2 POR CANULA NASAL A 6 L IN GLUCOMETRIA HEMOGRMA, ROANALSISI EKG REVALORACION PACIENTE EN SALA DE OBSERVACIN PERSISITE DESATURADO SE PONE VENTURY AL 50 % 12 L MIN, PACIENTE CON ENF DE BASE AVANZADA POSIBLEMENTE CON METASTASTASIS EN REPORTE PARACLINICO SE EVIDENCIA ANEMIA CON PRESENCIA DE LIEGERA NEUTROFILIA Y TROMBOCITOPENIA EN RANGOS DE ALARMA, UROANALISIS NEG LA CUAL REQUIERE ESTUDIO EN EL MOMENTO SE SOSPECHA AVANCE DE PATOLOGIA DE VASE VS PROCESO INFECCIOSO ATIPICO, PACIENTE CON REQUERIMIENTO DE REMSION A HOSPITAL DE NIVLE DE COMPLEJIDAD PAPRA DETERMINAR CAUSA Y PRONOSTICOS SE EXPLICA CONDUCTA A FAMILIARES QUIENES REFIEIRE ACEPTAR Y ENENTEDER PLAN REMISION

R060 DISNEA C162 CA GASTRICO METASTASICO ???

Dr. Daniela Polania Zuleta
MÉDICO
8.5.0.2829
E.C.S.

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Rafael Tovar Poveda
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 900.211.477 - 1

**REPORTE DE EXÁMENES DE
LABORATORIO CLÍNICO**

Código: AS-ADT-LC-F001
Versión: 02
Fecha de vigencia: 01/05/2014
Página 1 de 1

HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE ☐ CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ ☒ CENTRO DE SALUD ALBANIA ☐ HOSPITAL LOCAL CURILLO ☐

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN										CÓDIGO LAB:		Fecha de creación		
												Día	Mes	Año
Valbuena										Ramón		06	01	2016
Primer Apellido										Nombres				
Segundo Apellido														
8 3 1 8 2 4 4 2										RC <input type="checkbox"/>	CC <input type="checkbox"/>	Sexo	Edad	Ordenado por:
										TI <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	M	F	Dra Daniela Polanía
N.º de Documento de Identidad														

HEMATOLOGÍA			VALORES DE REFERENCIA
PARÁMETRO	RESULTADO		
Hemoglobina	8.3	g/dL	H: 14-18 M: 12-16
Hematocrito	24.2	%	H: 42-52 M: 36-48
Leucocitos	11500	/mm ³	5.000 - 11.000
Neutrófilos	80.8	%	55 - 70
Linfocitos	14.2	%	25 - 40
Monocitos	4.1	%	3 - 7
Eosinófilos	0.3	%	0 - 3
Basófilos	0.6	%	0 - 1
Plaquetas	10	/mm ³	150 - 400
VSG		mm / hora	H: hasta 15 M: hasta 20

*GOTA GRUESA:

*Grupo sanguíneo: Factor Rh:

UROANÁLISIS	
EXAMEN FÍSICO-QUÍMICO	EXAMEN MICROSCÓPICO
Color: Amarillo	Leucocitos: 10-15
Aspecto: Turbio	Hemates: 2-5
Olor: -	Bacterias: 1+
G.E.: 1010	Moco: 2+
pH: 6	Levaduras: -
Glucosa: -	Micelios: -
Cetonas: -	Leucocitos Aglutinados: -
Sangre: -	Cristales Urinarios: -
Proteínas: 1+	
Urobilinógeno: -	
Bilirrubinas: -	
Nitritos: -	Cilindros Urinarios: -
Leucocitos: -	
Cell. Epiteliales: 10-15	
Cell. Renales: 2-5	

INMUNOLOGÍA	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
VDRL:		NO REACTIVO
PCR:		
RA:		
Gravindex:		
OTROS:		

OBSERVACIONES:

QUÍMICA SANGÜÍNEA		VALORES DE REFERENCIA
RESULTADO		
Aspecto del suero:		
Glicemia Pre	mg / dL	70 - 100
Glicemia Pos	mg / dL	<140
Colesterol Total	mg / dL	Hasta 200
Colesterol HDL	mg / dL	>50
Colesterol LDL	mg / dL	>150
Triglicéridos	mg / dL	>150
Acido úrico	mg / dL	H: 3.4-7.2 M: 2.4-5.6
Nitrógeno ureico	mg / dL	7 - 18
Creatinina	mg / dL	0.6 - 1.1
TGP	UI / L	0 - 65
TGO	UI / L	0 - 50
Bilirrubina Total	mg / dL	Hasta 1.1
Bilirrubina Directa	mg / dL	Hasta 0.3


FROTIS DE FLUJO VAGINAL	
Color:	Coloración de Gram:
Aspecto:	
pH:	
Test de aminas:	
Células guía:	
Trichomona vaginalis:	
Pseudomicelios:	
Levaduras:	
Rx Leucocitaria:	
Hemates:	

COPROLÓGICO / COPROSCÓPICO	
Color:	Flora Bacteriana:
Consistencia:	
Olor:	Parásitos intestinales:
Moco:	
pH:	
Az. Reductores:	
Sangre Oculta:	
Leucocitos:	
Hemates:	
Levaduras:	
Micelios:	

Andrés Darío Rojas Romero
Bacteriólogo U.C.M.C

1027/19059
FIRMA Y SELLO DEL BACTERIOLOGO

Realizado por	Revisado por	Aprobado por
Laura Marroquín Mora Oficina de Planeación y Calidad	Yohana A. Gonzalez Garzón Subgerente Científica	Aldemar Casadiegos Jaime Gerente

	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USO DE MEDIOS DE CONTRASTE	VERSIÓN	3
		VIGENCIA	Noviembre 2018
		CÓDIGO	F-DT-255 MD
		PAGINAS	1 DE 3

☐ NEIVA
 ☐ TUNJA
 ☒ FLORENCIA

FECHA: _____

Nombre Usuario: <u>Ramon Velhueran Calderon</u>	
Edad: <u>42</u>	Historia Clínica No: <u>831824012</u>
Unidad Funcional: <u>Tomografía</u>	
Estudio de imagen a realizar: <u>TAC- Abdomen Simple y contrastado</u>	
Diagnóstico: <u>Tumor maligno del fondo gástrico</u>	

<p>Descripción del Procedimiento</p> <p>Para la realización de estudios de imagenología se hace necesario en muchas oportunidades la administración de sustancias conocidas como MEDIOS DE CONTRASTE, que permite al médico y/o personal de salud, observar con mayor facilidad las estructuras anatómicas en el área de interés. En la Clínica Medilaser S.A. los medios de contraste son necesarios para algunos procedimientos imagenológicos, específicamente para este caso el estudio de imagen que se va a realizar es:</p> <p><u>TAC- Abdomen - Simple y contrastado</u></p> <p>y el (los) medio(s) de contraste que se va(n) a utilizar es (son):</p> <p><u>Iopam 300 - Meglumine</u></p> <p>puede ser administrado por vía oral, parenteral (diferente a la vía digestiva), endovenosa, o cualquier otra vía de acceso y que en su caso específico será administrado por vía <u>I.V. - U.O</u> y será realizado por personal altamente capacitado incluyendo en ello la disponibilidad y supervisión por médicos especialistas en el procedimiento, quienes además cuentan con los recursos necesarios para actuar en caso de presentarse una reacción adversa o complicación.</p> <p>Usted como usuario podrá experimentar algún tipo de Reacción adversa y/o alérgica al medio suministrado durante o poco tiempo después de concluirse el estudio; las reacciones pueden ser de leves a severas, podrían incluir náuseas, sensación de calor, erupciones cutáneas, vómitos, cefalea hasta dificultad para respirar, hipotensión, paro cardíaco, paro respiratorio, convulsiones y muerte. Se sabe que las reacciones adversas pueden afectar a cualquier persona, pero son más frecuentes en ciertos grupos de pacientes que presentan algunas patologías como atopia, asma, entre otros. Existen además reacciones adversas al medio de contraste que no corresponden a alergias, pero que pueden afectar la función renal en forma significativa y ocurren por lo general en pacientes con insuficiencia renal, muchas veces desconocida por los mismos pacientes. Es su deber informar al médico si consume algún tipo de medicamento, si es alérgico a algún medicamento, si se encuentra en estados como: enfermedades renales, insuficiencia renal, embarazo, por las precauciones y/o riesgos adicionales (malformaciones congénitas en feto, requerimiento de diálisis) que esto conlleva y deberá traer al procedimiento los resultados de los laboratorios previamente solicitados.</p> <p>Clínica Medilaser S.A. es una institución formadora de talento humano por lo que durante el proceso de atención puede llegar a participar personal en formación, bajo la estricta supervisión de profesionales que actúan como docentes. Además eventualmente se desarrollan proyectos de investigación "sin riesgo", que son supervisados y avalados por el comité de ética e investigación donde se requiere la revisión de registros de historias clínicas garantizando confidencialidad del contenido y secreto de la identidad del paciente.</p>

<p>OBSERVACIONES ADICIONALES (diligenciado por el personal de la Clínica)</p> <p>Creatinina: <u>1.24</u> mg/dl</p> <p>Tasa de Filtración glomerular: <u>41.26</u></p>
--

<p>AUTORIZACIÓN</p> <p>Declaro que me han explicado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible para mí los aspectos relacionados con el procedimiento de imagen, me han dado a conocer las reacciones adversas propias del medicamento o medio de contraste las cuales se encuentran en la ficha técnica del medicamento que me fueron leídas y explicadas, me han explicado las condiciones que conllevan mayor riesgo en la toma del examen y se me ha permitido hacer todas las preguntas necesarias, las cuales han sido resueltas satisfactoriamente. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la</p>

revocación de este consentimiento.

Expreso mi decisión libre y voluntaria así como ACEPTO ____ NO ACEPTO ____ que los profesionales de Clínica Medilaser S.A. efectúen el procedimiento de imagen descrito anteriormente.

Dejo constancia de que he sido informado que Clínica Medilaser es un centro de práctica docente, por lo cual ACEPTO ____ NO ACEPTO ____ que en mi proceso de atención participe personal en formación, **bajo la estricta supervisión y vigilancia de mi médico tratante, que actúa como docente.**

AUTORIZO ____ NO AUTORIZO ____ que la información correspondiente a mi historia clínica, sea utilizada en **estudios de investigación** en las condiciones en que me fueron explicadas.

X Ramón Valbuena Cordero

Firma del paciente o responsable

Nombre legible:

Nº de identidad: X83182448

Calidad del responsable:



X Susovosango asillo

Firma de persona de salud que brinda la información.

Nombre legible:

Nº registro:

Cargo: Lee. Radiólogo MR

X Luis Fernando Moyda Cordero
MÉDICO RADIÓLOGO
R. M. 15782

Firma del testigo

Nombre Legible:

Nº de identidad:

Calidad del testigo: